

# Betydningen av tidlig motstand i terapi med traumatiserte barn og ungdom

*«Jeg trenger ikke noe hjelp. Jeg er drittlei av  
at alle tror jeg trenger hjelp»*

Susanne Gabriella Berg



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Oktober 2015



# Betydningen av tidlig motstand i terapi med traumatiserte barn og ungdom

*«Jeg trenger ikke noe hjelp.  
Jeg er drittlei av at alle tror jeg trenger hjelp»*

---

Sitatet i undertittelen er et utsagn fra en av deltakerne i studien. Sitatet er et eksempel på atferd som ble kodet som aktiv motstand i studien.

© Susanne Gabriella Berg

2015

Betydningen av tidlig motstand i terapi med traumatiserte barn og ungdom  
*«Jeg trenger ikke noe hjelp. Jeg er drittlei av at alle tror jeg trenger hjelp»*

Susanne Gabriella Berg

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

**Forfatter:** Susanne Gabriella Berg

**Tittel:** Betydningen av tidlig motstand i terapi med traumatiserte barn og ungdom. «*Jeg trenger ikke noe hjelp. Jeg er drittlei av at alle tror jeg trenger hjelp*».

**Veileder:** Tine K. Jensen

## Bakgrunn

Mange barn og ungdom i Norge blir utsatt for ulike typer traumatiske erfaringer. Flere studier har dokumentert at traumer som forblir ubehandlet, kan medføre stor personlig lidelse i form av ulike typer psykiske lidelser. Dette kan igjen blant annet påvirke livskvalitet, skolegang og evnen til å stå i arbeid. Det er viktig, både for den enkelte og for samfunnet, at barn og unge som utsettes for traumatiske erfaringer får den hjelp og oppfølging de har behov for. Det er derfor svært bekymringsfullt at det i traumepopulasjoner er rapportert om at mellom 60 og 90 % avslutter terapiløpet før ordinær avslutning. Slike funn understreker viktigheten av å finne hvilke faktorer i terapi som fører til gode behandlingsprosesser, og som kan forhindre drop-out. Motstand til terapi og mangel på involvering har i noen studier vist seg å være til hinder for behandlingsprogresjon og positivt utfall. En god allianse har derimot vist seg å predikere gode utfall av terapi, og en dårlig allianse predikerer drop-out. Det er imidlertid få studier som har undersøkt motstand blant barn og ungdom, og ingen studier som har undersøkt sammenhengen mellom tidlig motstand, allianse og drop-out. I denne oppgaven er hovedmålet å undersøke hvor vanlig motstand til terapi er i et norsk utvalg av traumatiserte unge, og om slik motstand kan predikere den senere alliansen. Videre vil det undersøkes om motstand har en sammenheng med drop-out fra terapi.

## Metode

Hovedoppgaven baserer seg på innhentet datamateriale fra en større forskningsstudie ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Utvalget består av 56 barn og ungdom i alderen 10 til 18 år. Barna har gjennom vanlig prosedyre blitt henvist til BUP, og alle har opplevd en eller flere traumatiske hendelser. Standard multippel regresjonsanalyse, logistisk regresjon, t-test og beskrivende statistikk er brukt som statistiske metoder for å utforske sammenhengen mellom motstand, allianse og drop-out.

## **Resultater**

Det var 42.9 % som viste motstand i terapitime 1, 2 eller 3. De to motstandsmålene, aktiv motstand (sarkasme, avbrytelser) og passiv motstand (mangel på utdyping, unngåelse av spørsmål), forklarte samlet 15 % av varians i allianse. Den sterkeste prediktoren for allianse i time 6. var aktiv motstand. Det ble ikke funnet en sammenheng mellom verken aktiv eller passiv motstand og drop-out.

## **Konklusjon**

Denne studien viser at noen former for motstand i de første terapitimene kan ha betydning for den terapeutiske allianse. Dermed kan motstand også få betydning for det videre terapiforløpet. Gjennom en forståelse for viktigheten av tidlig motstand, kan terapeuter iverksette forebyggende tiltak for å bedre alliansen, og potensielt forhindre drop-out fra terapi.

# Forord

Proessen fra interesse og nysgjerrighet til denne ferdige hovedoppgaven har vært både morsom og spennende, men også krevende og lang. Da jeg startet arbeidet med oppgaven gledet jeg meg til å lytte til terapitimer, både for det kliniske innblikket det ville gi meg, men også fordi jeg var spent på om jeg ville finne noen motstand til terapi. Før jeg startet kodearbeidet hadde jeg ikke reflektert rundt hvor krevende det ville bli å lytte til nesten 80 traumatiserte barn og ungdommers behandling. Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg lyttet til over 100 terapitimer og flere ganger blitt svært berørt. Historiene fra terapitimene har gjort arbeidet meningsfullt, men til tider også tøft, og jeg har i perioder måttet legge oppgaven vekk. Det har likevel vært en fin erfaring å lytte til så mange fortellinger fra terapirommet, og jeg opplever at arbeidet med denne oppgaven har gjort meg bedre rustet til å møte en klinisk hverdag som psykolog.

Gjennom arbeidet med hovedoppgaven har jeg hatt mye god hjelp, og det er mange som fortjener takk. Først og fremst vil jeg takke min veileder, Tine K. Jensen, som har tatt meg med inn i et fagfelt og forskermiljø preget av spennende diskusjoner, lærerike seminarer og et stort engasjement. Takk for at du har delt av din kunnskap og vekket interessen hos meg også. Jeg vil særlig takke deg for dine gode og konkrete tilbakemeldinger. Du har delt av både din kunnskap og tid som går langt utover det jeg kunne bedt om, og i innspurten betydde det mye at du var så tilgjengelig helt til siste stund.

Så vil jeg takke Anne-Marie Halberg. Din hjelp med metode og resultater har vært helt uvurderlig. Jeg har satt utrolig pris på våre samtaler og at du har hjulpet meg med å se at statistikk og teori henger tett sammen. Hver gang jeg gikk ut fra kontoret ditt var det med et mye større håp om en løsning enn før jeg kom inn.

Familien er min store støtte og fortjener all mulig takk. Jeg vil særlig takke mamma for korrekturlesing av oppgaven og for dine kloke innspill. En helt spesiell takk vil jeg rette Angelica, som har brukt mange lange kvelder på å hjelpe meg med strukturering og korrekturlesing. Takk for at du har vært der for meg gjennom hele prosessen, ryddet opp i tankene mine, og hjulpet meg å holde fokus til langt på natt. Jeg har satt enorm pris på alle våre gode samtaler og interessante diskusjoner rundt oppgaven.

Til sist vil jeg takke Stian. Takk for all oppmuntring, motivering og for at du så at jeg kunne klare det da jeg ikke trodde på det selv. Du har vært en enorm støtte, ikke bare i arbeidet med hovedoppgaven, men også gjennom alle eksamensperioder de siste 6 årene.

Oslo, 20. oktober 2015  
Susanne Gabriella Berg





# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Terapeutisk allianse i barneterapi .....	4
1.1.1	Betydningen av allianse for utfall av terapi i behandling av barn og unge .....	6
1.2	Motstand .....	7
1.2.1	Definisjon av motstand.....	7
1.2.2	Betydningen av motstand for terapi .....	8
1.2.3	Motstand i traumepopulasjonen .....	9
1.3	Tidlig avslutning av terapi (drop-out) .....	10
1.4	Formål med studien .....	11
2	Metode.....	13
2.1	Valg av Metodologi .....	13
2.2	Prosedyre .....	13
2.3	Utvalg .....	14
2.4	Terapeutene og terapien.....	15
2.4.1	Mål for allianse.....	15
2.4.2	Mål for motstand .....	16
2.4.3	Koding av BIDS .....	16
2.5	Statistiske analyser .....	18
2.5.1	Beskrivende statistikk og T-test .....	18
2.5.2	Multipel regresjonsanalyse.....	19
2.5.3	Logistisk regresjon .....	20
2.5.4	Missing .....	21
3	Resultater.....	22
3.1	Viser barna og ungdommene i utvalget tidlig motstand (enten aktiv eller passiv) til terapi? .....	22
3.2	Sammenheng mellom tidlig motstand og allianse .....	24
3.3	Sammenheng mellom tidlig motstand og drop-out .....	25
3.4	Oppsummering av resultatene .....	25
4	Diskusjon.....	27
4.1	Nesten halvparten av barna og ungdommene viste motstand til terapi .....	27
4.1.1	Betydningen av traumatiske erfaringer og posttraumatisk stress.....	27

4.1.2	Komorbiditet .....	28
4.1.3	Kulturell påvirkning .....	28
4.1.4	Viser barna og ungdommene mye motstand? .....	29
4.2	Motstand predikerer allianse .....	30
4.2.1	Passiv motstand .....	30
4.2.2	Aktiv motstand .....	31
4.2.3	Hvorfor er det viktig å oppdage tidlig motstand? .....	32
4.3	Tidlig motstand predikerte ikke drop-out .....	32
4.3.1	Mulige årsaker til at behandling fortsettes på tross av tidlig motstand .....	32
4.3.2	Passiv motstand har ikke sammenheng med drop-out .....	33
4.3.3	Aktiv motstand og drop-out .....	34
4.3.4	Utvalgsstørrelse i studien og klinisk signifikans .....	34
5	Syrker og begrensninger ved studien .....	36
5.1.1	Bruken av BIDS som motstandsmål .....	36
5.1.2	Validitetsvurderinger .....	37
5.1.3	Reliabilitetsvurderinger .....	38
5.1.4	Generaliserbarhet .....	39
5.2	Etiske betraktninger .....	39
5.3	Konklusjon og implikasjoner for videre forskning .....	40
	Litteraturliste .....	43
	Vedlegg 1 .....	50
	Vedlegg 2 .....	52
	Vedlegg 3 .....	53

# 1 Innledning

Hver dag utsettes barn og ungdom for overgrep og traumatiske erfaringer. Det er vanskelig å anslå en eksakt prevalens av overgrep og traumatiske opplevelser grunnet ulike definisjoner og store mørketall. I en stor amerikansk studie ble det rapportert at 68 % av ungdommene som ble spurt hadde opplevd minst en traumatisk opplevelse før fylte 16 år (Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007). Mossige og Stefansen publiserte i 2007 en epidemiologisk studie som var basert på norske avgangselever i videregående skole. De fant at 25 % av deres utvalg på 7033 avgangselever hadde blitt utsatt for minst ett tilfelle av vold fra foreldrene, og 15 % av jentene oppga å ha opplevd alvorlige seksuelle krenkelser (Mossige & Stefansen, 2007). Det er med bakgrunn i dette grunn til å anta at vold og seksuelle overgrep forekommer hyppig også i Norge. I en nyere norsk studie fant man at 47.2 % av barn og unge som ble henvist til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) rapporterte om minst en traumatisk hendelse i løpet av livet, og at 59.8 % av de traumeeksponerte barna hadde posttraumatiske stress-symptomer over klinisk grenseverdi (Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, & Egeland, 2012). Disse resultatene indikerer at nesten halvparten av alle barn og ungdom som henvises til BUP kan ha opplevd en eller flere traumatiske hendelser, og man kan anslå at en betydelig andel av barn og ungdom i Norge vokser opp med traumer som en del av oppveksten.

Flere studier understreker viktigheten av tidlig intervensjon og behandling for barn og unge utsatt for traumer. De traumatiske opplevelsene barn utsettes for kan ha store implikasjoner for deres daglige fungering. Humørforandringer, oppmerksomhetsvansker, atferdsproblemer og mangel på impulskontroll er bare noen av konsekvensene sett hos barn og ungdom som har vært utsatt for traumer (Gerson & Rappaport, 2013). De livslange implikasjonene som følger traumatiske opplevelser ble undersøkt i 2001 av McGloin og Widom, som fant at færre enn 50 % i deres utvalg fullførte videregående skole, bare en av fem rapporterte om vellykkede jobberfaringer, og flere enn halvparten rapporterte om en psykisk lidelse i etterkant av det opplevde traumat (McGloin & Widom, 2001). Copeland et al. (2007) fant at høyere grad av traumeeksponering var relatert til høyere nivåer av flere typer psykopatologi, heriblant depresjon og angstlidelser. Andre studier har vist at når antallet traumatiske erfaringer stiger, øker sjansen for dårlige helsemessige utfall (Felitti et al., 1998; Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007).

Psykobiologiske studier har vist at gjentatte traumatiske erfaringer kan medføre biologiske endringer hos en ungdom i vekst. Man har sett direkte hjernerelaterte endringer som følge av vold på nevralt utvikling, modning og plastisitet. I tillegg har det blitt vist indirekte effekter som stress og dårlig tilknytning hos mishandlede barn. Implikasjoner av slike endringer kan innebære kognitive, motoriske og sensoriske vanskeligheter som blant annet kan påvirke evnen til å integrere informasjon (Kearney, Wechsler, Kaur, & Lemos-Miller, 2010).

De helsemessige konsekvensene av traumatiske erfaringer kan påvirke arbeidsevnen (McGloin & Widom, 2001). Det koster samfunnet store verdier i form av tapte inntekter, utgifter til behandling, og trygdeutbetalinger. Konsekvensene er så store at regjeringen har utviklet en egen «oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse» som har en målsetning om å forebygge sykefravær og inkludere personer med psykiske lidelser i arbeidslivet (Arbeidsdepartementet, 2013). Det er viktig både for individet og samfunnet at traumer blir oppdaget tidlig slik at barn og ungdom kan få den beste tilgjengelige behandling, og risikoen for de livslange implikasjonene minimeres. En studie fant at høyere traumesymptomer hos ungdom som kom til behandling var knyttet til større helsemessige behov enn de med lavere traumesymptomer før behandlingsoppstart (Accomazzo, Israel, & Romney, 2015). Funnene indikerer at de som har opplevd alvorlig traumatisering har behov for oppfølging fra helsevesenet. I barneterapifeltet er det utviklet flere evidensbaserte behandlingsformer som viser god effekt på behandling av det spesifikke psykiske problemet. (Karver, Handelsman, Fields, & Bickman, 2006). Likevel viser studier at en del ikke profiterer på behandling og at mange avslutter behandling.

Noen studier har funnet at så mange som halvparten av barn og unge som mottar behandling dropper ut av terapi (Harpaz-Rotem, Leslie, & Rosenheck, 2004; Miller, Southam-Gerow, & Allin, 2008), og i traumepopulasjoner er tallene oppgitt å være mellom 60 og 90 % (McPherson, Scribano, & Stevens, 2012; Saxe, Heidi Ellis, Fogler, & Navalta, 2012). Disse funnene understreker viktigheten av å finne hvilke faktorer i terapi som fører til gode behandlingsprosesser, og som hinder drop-out fra å forekomme. Det har blitt funnet at klienters aktive involvering i terapi er en stabil prediktor for utfall på tvers av ulike behandlingstyper (Tryon & Winograd, 2011), og at grad av involvering i terapi predikerer utfall (Karver et al., 2006).

Flere studier har undersøkt betydningen av en god allianse i terapi med barn og unge. Studiene viser at en god allianse i stor grad kan predikere utfallet av terapi, og at en god

allianse er viktig for et godt utfall (Shirk & Karver, 2003; Shirk, Karver, & Brown, 2011). Videre er terapeutfaktorer som påvirker alliansen blitt identifisert (Creed & Kendall, 2005), og det er funnet at slike terapeutfaktorer også påvirker terapiforløpet (Jungbluth & Shirk, 2009). Både allianse og tidlig motstand til terapi er to tidlige faktorer som virker å ha betydning for terapiforløpet. Blant annet fant en studie at man gjennom de tre første timene av terapi kan se en økt prediksjonsverdi av klienters involvering knyttet til utfall (O'Malley, Suh, & Strupp, 1983). Forskerne hevder at dette tyder på at terapiens forløp til en viss grad blir avgjort i den tidlige fasen av terapien (O'Malley et al., 1983). I 2006 fant Karver et al. at en av de viktige prediktorene for utfallet av terapi er hvor villige ungdom er til å delta aktivt i behandlingen, og det beskrives som overraskende at dette konstruktet ikke har blitt vektlagt i større grad i forskningslitteratur som omhandler behandling av ungdom.

Siden en god terapeutisk allianse predikerer et godt utfall og en dårlig allianse predikerer drop-out, er det nyttig å forstå mer om hva som kan predikere en god allianse.

Psykoterapiforskeren Stephen Shirk har i den forbindelse introdusert begrepet «disengagement» (i denne oppgaven oversatt som motstand). I en studie ble det analysert hvordan tidlig motstand virker inn på terapiprosessen og alliansen med deprimerte ungdommer (Peterson, 2011). Feltet er imidlertid i startgropen, og vi mangler kunnskap om motstand er hyppig forekommende i barneterapier. Videre mangler vi en forståelse for hvordan tidlig motstand utspiller seg i ulike barne- og ungdomspopulasjoner i behandling. Vi trenger derfor flere studier som ser på sammenhengen mellom tidlig motstand og allianse, samt om tidlig motstand predikerer drop-out. Spesielt innenfor behandlingsstudier av traumatiserte barn og unge er slike studier mangelfulle. Noen få studier har sett på sammenhengen mellom den terapeutiske alliansen og behandlingsutfall i barnetraumepopulasjoner (Ormhaug, Jensen, Wentzel-Larsen, & Shirk, 2014; Shirk et al., 2011), men ingen har så vidt jeg vet studert hvorvidt tidlig motstand predikerer allianse og drop-out. I studien vil jeg undersøke hvorvidt det vises motstand til terapi i et klinisk utvalg av traumatiserte ungdom henvist til behandling. Jeg ønsker å studere hvorvidt tidlig motstand kan påvirke opplevd allianse, og om motstand ved oppstart fører til tidlig avslutning av terapiforløpet (drop-out).

## 1.1 **Terapeutisk allianse i barneterapi**

Flere studier har dokumentert at en av de viktigste fellesfaktorene for den terapeutiske prosessen, er forholdet mellom terapeut og klient (Lambert, 2013). Et av de mest brukte alliansebegrepene bygger på Bordins transteoretiske modell som vektlegger tre dimensjoner som de grunnleggende elementene i forholdet mellom klient og terapeut. De tre kjernekomponentene i Bordins alliansekonstrukt; emosjonelt bånd, enighet om oppgaver, og enighet om mål (Bordin, 1979), er alle representert godt i barne- og ungdomslitteraturen, og beskrives som grunnlaget for en god arbeidsallianse.

Alliansen er ett av de mest studerte prosessmålene for endring innen psykoterapi, og er blitt svært vanlig også i utfallsstudier (Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006). Teorien om at det emosjonelle båndet til terapeuten er viktig, ble introdusert mange år før Bordins alliansebegrep, og både Anna Freud og Carl Rogers var tidlig ute med teorier om klientens bånd til terapeuten. (Freud, 1946; Rogers, 1957). Anna Freud beskrev allerede i 1946 at en emosjonell tilknytning mellom barn og terapeut var muliggjørende for alt videre terapeutisk arbeid (Freud, 1946). Carl Rogers (1957) belyste det samme temaet, men vektla andre komponenter enn Freud da han publiserte seks ulike betingelser han mente var nødvendig og nok for terapeutisk endring. Det første kriteriet var «*A relationship*», og alle de resterende kriteriene bygget videre på antakelsen om at et etablert forhold var oppnådd (Rogers, 1957). Rogers spesifiserte at et forhold mellom klient og terapeut måtte være tilstede, og at man måtte være i en psykologisk kontakt. Der Freud beskrev hvordan tilknytningen mellom terapeut og klient var avgjørende for det videre arbeidet, hevdet Rogers at betydelig endring i personlighet kun skjer i menneskelige relasjoner. Han vektla terapeutens ekthet, empati og ubetingede emosjonelle respons som hovedkomponenter i vellykket terapi (Rogers, 1957 ref. i Fjermestad, 2011).

I kontrast til den lange forskningshistorien alliansen har i voksentrapifeltet, er forskning på allianse i barneterapifeltet relativt nytt. Shirk et al. publiserte i 2011 en artikkel som gjennomgikk innholdet i alliansen i barneterapifeltet, og hva som skiller denne alliansen fra alliansen i voksentterapi. I alle tre dimensjonene av allianse spiller barnets utviklingsperspektiv en rolle. Shirk et al. (2011) hevder at barns positive følelser til terapeuten kan knyttes til egenskaper som ikke blir ansett som terapeutiske, for eksempel hvor morsomme, stimulerende eller givende terapeuten er. Det er dermed vanskelig å skille mellom

hvorvidt det *terapeutiske bånd* blir reflektert i en opplevelse av at terapeuten er en alliert, eller om barnet ser på terapeuten som en lekekamerat.

*Enighet om oppgaver*, som er den andre kjernekomponenten i allianse ifølge Bordin, kan i barneterapifeltet utfordres av at barns kausale resonnering kan påvirke deres evne til å forstå sammenhengen mellom det som foregår i terapitimen og målet for terapi. At barn ikke ser hvordan det som gjøres her og nå kan hjelpe på det overordnende målet for terapi, gjør at enkelte har hevdet at den beste måten å vurdere enighet om oppgaver med barn er gjennom observasjon heller enn selvrapportering (Karver et al., 2008).

Den siste komponenten i allianse, *enighet om mål*, kompliseres av flere årsaker i barneterapifeltet. Ettersom barn henvises til terapi av voksne, er det ofte de voksnes mål som først blir fremlagt i terapiprosessen. Mange omsorgsgivere har sin oppfatning av barnets fungering som kan spesifiseres i tydelige mål for behandlingen. I mange tilfeller samsvarer ikke omsorgsgivers og barnets mål, og terapeuten står ovenfor flere ulike målsetninger for terapiprosessen. I en studie fant man at i 75 % av terapiene der barn, forelder, og terapeut var tilstede, startet man terapi uten å være enige om et problem å jobbe med (Hawley, Weisz, & Peterson, 2003). Videre fant man at terapeuten oftere var enig med omsorgsgiver heller enn barnet om mål for terapi. Enighet om mål kan altså bety noe helt annet i barneterapifeltet enn i voksenfeltet.

Det er utviklet flere mål for allianse i barnelitteraturen, men ingen er foreløpig å regne som «gullstandard» (Shirk et al., 2011). Manglende enighet om dimensjonene i allianse i barneterapifeltet demonstreres godt i metaanalysen til Shirk et al. (2011), som finner at det i 16 studier har blitt brukt 10 ulike skalaer for å måle allianse. Flere forsøk har blitt gjort på å skille mellom de tre alliansedimensjonene gjennom faktoranalyser og ekspertvurderinger. Shirk et al. (2011) peker på at allianse i barnefeltet ikke kan tredeles på samme måte som i voksentrapifeltet. Det samme er funnet i materialet som denne oppgaven bygger på (Ormhaug, Shirk, & Wentzel-Larsen, 2015). Hvordan barn oppfatter det terapeutiske bånd, enighet om oppgaver og enighet om mål er ikke klart, men den mest brukte barne- og ungdomsskalaen som måler allianse bygger på Bordins modell, og opererer med to dimensjoner av allianse, henholdsvis bånd mellom terapeut og barn, og grad av samarbeid om oppgaver (TASC; Shirk et al., 2011). Det er det faktiske samarbeidet om oppgavene som måles i TASC, og ikke hvorvidt terapeut og barn er enige om disse oppgavene. På denne måten unngår man at barnets utviklingsperspektiv påvirker skalaen. Jeg vil i denne studien

benytte TASC som mål på allianse, og begrepet forstås derfor som de to dimensjonene skalaen måler; opplevelse av båndet mellom terapeut og barnet, og samarbeid om de terapeutiske oppgaver.

### **1.1.1 Betydningen av allianse for utfall av terapi i behandling av barn og unge**

En god allianse i terapi med barn kan i enkelte tilfeller være helt nødvendig for terapeutisk endring, og anses i økende grad som en nødvendig forutsetning for effektiv bruk av terapeutiske tilnærminger (Friedberg & Gorman, 2007). I likhet med i voksenlitteraturen, har metaanalyser i barnepopulasjoner vist små til moderate sammenhenger mellom allianse og utfall i terapi med ungdom (Karver et al., 2006; Shirk & Karver, 2003). I metaanalysen til Shirk et al. (2011) finner forskerne lignende funn om alliansen i forhold til utfall av terapi som i voksenlitteraturen, og konkluderer med at «these results strengthen the claim that the alliance is an important *predictor* of treatment outcome in child and adolescent therapy» (Shirk et al., 2011). Lambert (2013) beskriver videre at nylig forskning støtter det potensielle kausale forholdet mellom god allianse og bedre terapiutfall. Det terapeutiske forholdet har også vist seg å spille en viktig rolle for drop-out fra terapi. En studie med barn og ungdom fra ti ulike klinikker i USA, fant at den sterkeste prediktoren for drop-out var det terapeutiske forholdet (Garcia, 2002). Frafall fra terapi ble tilskrevet at barnet ikke likte terapeuten, at terapeuten ikke forsto, eller at terapeuten fokuserte på feil problemer. Man fant videre at det terapeutiske forholdet var den eneste faktoren, i tillegg til pengeproblemer, som kunne skille mellom de som avsluttet terapi, og de som fortsatte behandlingen (Garcia, 2002) Alliansen ser altså ut til å spille en viktig rolle i å kunne predikere både utfallet av terapi, og drop-out.

Det er svært lite forskning som ser på allianse i behandlingen av traumatiserte barn og ungdom. Behandlingsforskning på denne gruppen har i hovedsak vært rettet mot terapeutiske teknikker og ulike behandlingstilnærminger heller enn den terapeutiske alliansen som et aspekt av behandling (Ormhaug, 2015). En studie fra 1995 av Eltz, Shirk, & Sarlin finner dog at en god allianse var signifikant relatert til bedre fremgang i terapi ved behandling av traumatiserte ungdommer. I Norge har det nylig blitt forsket på betydningen av allianse for utfall av terapi ved behandling av traumatisert ungdom. Ormhaug og kollegaer fant at allianse målt ved time 1 var assosiert med alliansemål senere i forløpet. Videre fant de at både alliansen og spesifikke komponenter i behandlingsopplegget ga viktige bidrag til å endre



posttraumatiske symptomer (Ormhaug et al., 2014). I Ormhaugs studie har man imidlertid så langt ikke studert hva som kan predikere tidlig allianse, som er denne oppgavens fokus. Siden empiriske funn støtter at alliansen synes å være en prediktor for utfallet av terapi av terapi (DiGiuseppe, Linscott, & Jilton, 1996; Kearney et al., 2010; og Shirk et al., 2011) og drop-out (Garcia, 2002), vil allianse brukes som utfallsmål i denne studien. Jeg vil studere hvorvidt tidlig motstand kan predikere en dårlig allianse og drop-out.

## 1.2 Motstand

Begrepet motstand er i dagligtalen ofte er assosiert med en negativ betydning, og motstandsbegrepet brukes i mange ulike sammenhenger. Det er derfor nødvendig med en operasjonalisering av begrepet motstand i forkant av studien.

### 1.2.1 Definisjon av motstand

Med bakgrunn i å gjøre det ubevisste tilgjengelig for normal bevissthet, ble motstandskonseptet introdusert av Sigmund Freud. En nylig publisert hovedoppgave ved Psykologisk Institutt tok for seg motstand som begrep, konsept og paradoks (Jensen, 2015). Jensen skriver i sin oppgave at motstandsbegrepet i psykologi i dag er forbundet med den psykoanalytiske tradisjonen, noe som har medført at enkelte psykoterapeutiske retninger tar mer eller mindre avstand fra begrepet. Videre hevder hun at det ikke ser ut til å være noen konsensus blant de ulike psykoterapeutiske retningene om en generell definisjon av motstand, men at de fleste terapietninger omtaler et fenomen i terapi der pasienten selv hindrer fremgang i behandlingen ved å motsette seg endring (Jensen, 2015).

Motstand som konstrukt blir definert på ulike måter blant annet avhengig av teoretisk perspektiv. Mye av litteraturen benytter seg av det engelske ordet «resistance» for å beskrive liten deltakelse fra klienten. Enkelte hevder dog at ordet mangler en enhetlig definisjon, og er lite spesifikt (Peterson, 2011). For å differensiere atferdsmønstre som innebærer minimal deltakelse, og unngå bruken ordet «resistance» valgte Peterson betegnelsen «*Client disengagement*» for å beskrive atferd som er lite medvirkende, minimalt deltakende, eller trossende i begynnelsen av terapiforløpet. Peterson delte «disengagement»-begrepet i to etter å ha tatt utgangspunkt i atferder som praktiserende klinikere mente forekom hyppig og var ødeleggende for den terapeutiske prosessen (Peterson, 2011). Begrepet «Hostile

disengagement» ble brukt for å beskrive trossende atferd, utsagn som indikerte at man ikke ønsket å delta i terapi, avbrytelser, sarkasme, og fiendtlig kommunikasjon. «Passive disengagement» ble brukt om lite deltakende atferd, mangel på utdypende svar, eller unngåelse av spørsmål. Den samme operasjonaliseringen av begrepet «disengagement» vil brukes i denne studien. I mangel på en god norsk oversettelse vil «client disengagement» videre i oppgaven omtales som motstand. Motstandsbegrepet vil deles i to på samme måte som i Petersons studie, der «hostile disengagement» vil oversettes til «aktiv motstand», og «passive disengagement» til «passiv motstand». Motstand forstås med andre ord i denne oppgaven som liten grad av involvering og deltakelse i terapi, vurdert enten som aktiv motstand (uttalt negativitet mot terapeut, avbrytelser, og sarkasme), eller som passiv motstand (fravær av tale, mangel på utdyping, og unngåelse av spørsmål).

### 1.2.2 Betydningen av motstand for terapi

Viktigheten av aktiv deltakelse i terapi har blitt dokumentert i behandlingslitteratur med voksne klienter. Blant annet fant Orlinsky, Rønnestad og Willutzki flere indikatorer på villighet til å delta i terapi som predikerende for positivt terapiutfall (Orlinsky, Rønnestad, & Willutzky, 2004). I 2006 ble det publisert en metastudie (Karver et al., 2006) som undersøkte ulike variabler i det terapeutiske forholdet ved behandling av ungdom. Metaanalysen blir omtalt av forskerne som den mest omfattende analysen av de ulike konstruktene i det terapeutiske forholdet ved behandling av ungdom. Resultatene viste at en av de viktige prediktorene for utfallet av terapi er hvor villige ungdom er til å delta aktivt i behandlingen (Karver et al., 2006).

Motstand til terapi synes å være assosiert med viktige prosesser som foregår i terapitimen, og motstand påvirker kanskje også alliansen. Under utvikling og utprøvning av en skala hvis formål er å måle motstand til terapi, ble det funnet at høyere nivåer av både aktiv motstand (uttalt negativitet mot terapeuten), og passiv motstand (fravær av tale ved direkte spørsmål) ved innledning av terapi, predikerte en problematisk terapiprosess (Peterson, 2011).

Ungdommer som viste lav involvering målt med motstandsskalaen i første terapitime, viste dårligere kognitiv og emosjonell involvering i time to, og svakere allianse i time tre. I en annen studie med barn i angstbehandling, fant man at barnets involvering i timen i høy grad var assosiert med kliniske fordeler, og at barnets involvering i terapi var reliabelt assosiert med kliniske utfall (Chu & Kendall, 2004). Disse funnene hevder forskerne henger tett

sammen med allianse, og de mener at alliansen kan fasilitere klientinvolvering i terapeutiske oppgaver, som igjen påvirker utfallet av terapi. En annen studie har sett på sammenhengen mellom tiltro og forventinger til behandling som endringsfaktor i behandling av barn og unge (Haugerud, 2012). Det ble funnet støtte for at barnets tiltro var forbundet med senere symptomendring. Funnet indikerer at barnets tro på at behandlingen vil være virkningsfull, er viktig for utfallet av terapi (Haugerud, 2012). Motstand og mangel på involvering kan anses som en motsetning til positive forventinger og tiltro til behandling, og vil derfor trolig kunne påvirke behandlingsutfall eller drop-out fra terapi.

### 1.2.3 **Motstand i traumepopulasjonen**

Eltz, Shirk og Sarlin (1995) argumenterer for at en traumatisk opplevelse kan gjøre alliansedannelsen mellom terapeut og klient vanskelig, og spesielt dersom klienten har vært utsatt for traumer i sine omsorgsomgivelser. De hevder klinisk erfaring viser at ungdom som har vært utsatt for traumer utviser høyere grad av årvåkenhet, og er mindre tillitsfulle i dannelsen av nye mellommenneskelige bånd (Eltz et al., 1995). Fra tidligere empiri vet man i tillegg at barn som har vært utsatt for traumer kan ha lavere sosial kompetanse og flere interpersonlige konflikter (Shirk, 1988), usikker tilknytningsstil (Carlson, Cicchetti, Barnett, Braunwald, & Parke, 1989), og forvirrende relasjonsmønstre sammenliknet med barn som ikke er utsatt for traumer (Lynch & Cicchetti, 1991). Med dette som utgangspunkt, vil det ikke være utenkelig at ungdom som kommer til terapi etter å ha opplevd traumer, sliter med interpersonlige problemer som kan gi vanskeligheter med å danne nye positive relasjoner. Dette kan igjen skape utfordringer med alliansedannelse. En traumatisk hendelse kan føre til endringer i ens kjerneantakelser, både om seg selv og verden (Janoff-Bulman, 1992). Det kan handle om at verden ikke lenger oppleves som et trygt sted, at andre mennesker ikke er til å stole på, eller at andre har onde intensjoner. Redusert tillit til andre mennesker gjør at man ikke kan anta at barnet vil ha positive forventinger til terapi, og barnet vil kunne ha vanskeligheter med å stole på at terapeuten har gode intensjoner (Dittmann og Jensen, 2014).

Mange barn og ungdom vet ikke hva det vil si å gå i terapi. Fra deres perspektiv er terapi en ny situasjon, og de har ikke en erfart forståelse av hva situasjonen innebærer og hva som er forventet av dem. Man kan anta at barn og ungdom i lik grad som voksne har mange forventinger knyttet til behandlingsoppstart, og det å skulle tre inn i en ny og uoversiktlig situasjon kan oppleves som skremmende. For barn og ungdom som opplever redusert tillit til

andre mennesker, og at verden er grunnleggende utrygg, kan oppstart av terapi være særlig utfordrende. Antakelser om at man må fortelle alt med en gang, at man ikke har lov til å holde ting hemmelig for terapeuten sin, eller at man vil bli presset til å fortelle alt man husker, kan være noen av katastrofetankene som følger. Dersom et barn kommer til terapi med negative antakelser, kan det medføre en varsomhet som kan komme til uttrykk i terapiprosessen som enten aktiv eller passiv motstand.

Forventingene til terapi, samt eventuelle sequeler etter traumatiske erfaringer kan være til hinder for etablering av allianse mellom terapeut og klient. Eltz et al. (1995) argumenterer for at det trolig vil være høyere prevalens av interpersonlige problemer og avvikende atferd hos grupper av ungdom utsatt for mishandling, vold og seksuelle overgrep, og beskriver at «the experience of maltreatment appears to have a corrosive effect on adolescents' initial entry into therapy» (Eltz et al., 1995). Forskerne fant i sin studie at traumatiserte ungdom som viste dårligere allianseutvikling med sin terapeut var de som oppnådde dårligst behandlingsprogresjon (Eltz et al., 1995).

Hvor involvert en pasient er i sitt terapiforløp har store konsekvenser for utfallet av terapi. Motstand vil kunne anses å være motpolen til involvering, og i så måte være svært viktig å utforske mer utbredt enn hva er gjort til nå. Orlinsky, Grawe, og Parks (1994) beskriver at “the quality of the patient’s participation in therapy stands out as the most important determinant of outcome” (Orlinsky et al., 1994 ref i Lambert, 2013). Empiri synes dermed å støtte at motstand til terapi, som et hinder for involvering i terapiprosessen, gir dårligere behandlingsutfall blant barn og ungdom.

### **1.3 Tidlig avslutning av terapi (drop-out)**

Drop-out fra terapi er ikke uvanlig i behandling av barn og ungdom, og noen studier viser at over halvparten som henvises til behandling avslutter terapiforløpet tidlig (Miller et al., 2008). At så mange barn og unge avslutter terapi, er bekymringsfullt ettersom terapiens effektivitet avhenger av at klienten møter til terapi. Høye frafallsrater medfører liten, om noen, bedring for barnet det gjelder, og den ineffektive bruken av helsetilbud kan medføre store kostnader for samfunnet (Lau & Weisz, 2003). Det er derfor av stor interesse å indentifisere faktorer som har en sammenheng med drop-out fra terapi.

I traumepopulasjoner er det rapportert om enda høyere frafall fra terapi enn blant barn og unge ellers, noe som tyder på at denne gruppen er ekstra utsatt (Gopalan et al., 2010). En nylig studie som er gjort med samme datamateriale som denne studien er basert på, antyder at «pre-treatment» karakteristikk, som alder og minoritetsstatus ikke har noen sammenheng med drop-out (Ormhaug & Jensen, til vurdering). Det de derimot ser er at behandlingsrelaterte faktorer, som omsorgsgivers deltakelse i første terapitime og ungdommens opplevelse av at omsorgsgiver godtar behandlingen, predikerer hvem som avslutter terapi tidlig. Det virker med andre ord som enkelte terapiprosesser er viktige for å predikere hvem som avslutter terapi tidlig, og det er behov for flere studier som undersøker hvilke prosesser det er som fører til drop-out. I denne studien ønsker jeg å undersøke om motstand til terapi er en slik faktor. Studier har vist at de fleste familiene som dropper ut av terapi slutter i løpet av den tidlige fasen (Harpaz-Rotem et al., 2004). Det er derfor særlig interessant å undersøke hvordan de første møtene alene mellom terapeut og ungdom henger sammen med drop-out. I denne studien vil drop-out defineres som de som avslutter terapi før time 6. av terapiforløpet. Studien vil dermed kunne belyse hvorvidt tidlig motstand er en medvirkende faktor i at traumatiserte barn og unge avslutter terapi.

## 1.4 Formål med studien

Denne studiens formål er å undersøke hvorvidt det vises motstand til terapi i et klinisk utvalg av traumatiserte ungdom, om motstand kan påvirke alliansen, og om motstand ved oppstart fører til tidlig avslutning av terapiforløpet (drop-out).

Som nevnt er allianse viktig for både utfall av terapi og drop-out (DiGiuseppe et al., 1996; Eltz et al., 1995; Garcia, 2002; Kearney et al., 2010; Ormhaug et al., 2014) hvilket gjør det interessant om man allerede i den innledende fasen av behandling kan identifisere faktorer som er relatert til allianse. Tidlig motstand er en tenkt faktor som kan påvirke alliansen. Man kan tenke seg at tidlig motstand vil kunne påvirke relasjonen mellom klient og terapeut, som igjen kan gjøre det vanskelig for terapeuten å få barnet med på de terapeutiske oppgaver som skal lede til bedring. På sikt tenker man seg at forskning som kan identifisere faktorer som gjør starten av terapi vanskelig og som henger sammen med dårlig allianse, vil være viktig ettersom terapeuten da allerede i begynnelsen av terapi kan adressere dette, eller forholde seg til det på måter som gjør at man kan overkomme vanskene.

Oppgaven bygger videre på funnene fra et prosjekt der tidlig allianse viste seg å predikere senere allianse (Ormhaug et al., 2014), hvilket betyr at det som skjer tidlig i terapi kan ha en betydelig innvirkning på resten av terapiforløpet. Videre fant forskerne at alliansen ved time 6 predikerte utfallet for terapi hos ungdommer som fikk traumefokusert kognitiv atferdsterapi, noe som underbygger at alliansen er et viktig mål for senere utfall (Ormhaug et al., 2014). Jeg ønsker å utforske om motstand kan være en av faktorene som påvirker allianse. Ettersom få studier er gjort på dette i barne- og ungdomsfeltet er det en ny arena å begi seg ut på, der mange ukjente faktorer kan spille en rolle. Med utgangspunkt i at involvering er viktig for vellykket terapi ønsker jeg å undersøke hvorvidt de ungdommene som viser motstand til terapeuten eller terapien tidlig i forløpet har en dårligere allianse senere i forløpet.

Videre ønsker jeg å utforske om det er en sammenheng mellom tidlig motstand og tidlig avslutning av terapi (drop-out). Jeg ønsker å utforske om det er slik at de som viser motstand tidlig ender med å avslutte terapiforløpet før ordinær avslutning, ettersom et slikt funn vil kunne være av stor betydning for klinisk praksis. Dersom det er mulig allerede i første time å predikere hvem som kommer til å avslutte behandling, vil man i mye større grad enn tidligere kunne iverksette intervensjoner for å tilpasse behandlingen og forhindre drop-out.

Formålet med studien er å få mer kunnskap om den tidlige kontakten mellom terapeut og ungdom som kommer til terapi for behandling av traumer ved ordinære poliklinikker i Norge. I litteraturen er det kun én annen studie som ved hjelp av samme metode har undersøkt motstand, så det er ikke entydig hva resultatene vil vise. Jeg har derfor valgt en eksplorerende fremgangsmåte og har åpne forskningsspørsmål for å utforske om det vises motstand, og hva sammenhengene mellom motstand, allianse og drop-out er i mitt utvalg. Mine forskningsspørsmål er som følger;

1. Viser barna og ungdommene i utvalget stor grad av tidlig motstand (enten aktiv eller passiv) til terapi?
2. Hva er sammenhengen mellom tidlig motstand og senere allianse?
3. Kan tidlig motstand predikere tidlig avslutning av terapiforløpet (drop-out)?

## 2 Metode

### 2.1 Valg av Metodologi

Ved valg av metode styres man i stor grad av forskningsspørsmålet. Ettersom målet for studien var å utforske motstand, og det er utviklet kvantitative målemetoder som tidligere er blitt anvendt for å vurdere liknende problemstillinger med gode resultater (Peterson, 2011), ble en kvantitativ tilnærming vurdert som egnet til å besvare forskningsspørsmålene.

### 2.2 Prosedyre

I studien brukes datamateriale fra et større pågående forskningsprosjekt; *Behandling av traumatiserte barn og unge, TF-CBT*, som ledes av en forskergruppe ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Forskningsprosjektet undersøker korttids- og langtidseffekter av traumefokusert kognitiv atferdsterapi hos barn eksponert for alvorlige traumer. Studien er en randomisert, kontrollert studie og ble gjennomført i åtte ordinære poliklinikker i Norge (Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress, 2008).

Målgruppen for forskningsprosjektet er barn og ungdom mellom 10 og 18 år som har blitt henvist til poliklinisk behandling, og som har utviklet traumerelaterte vansker. Utvalget består av barn og ungdom som på vanlig måte ble henvist til en av åtte ulike barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) i Norge. Rekrutteringen til hovedstudien foregikk mellom april 2008 og februar 2011, og samtykke til å delta i studien ble innhentet både fra omsorgspersoner og deltakeren selv. I hovedstudien rapporterte i gjennomsnitt deltakerne å ha opplevd 3.6 forskjellige typer traumer ( $SD=1.8$ , range=1-10) der de følgende traumatiserende hendelsene var de som forekom hyppigst: 60.9 % ( $N=95$ ) plutselig død eller alvorlig sykdom hos en som sto dem nært, 59 % ( $N=92$ ) vold eller trusler om vold utenfor familiekontekst, 45.5 % ( $N=71$ ) fysisk mishandling innen familien, 42.9 % ( $N=67$ ) være vitne til vold innen familien og 35.3 % ( $N=55$ ) hadde opplevd seksuelle overgrep (Jensen et al., 2014). Alle deltakere hadde kliniske forhøyet posttraumatisk stress (PTS) symptomer målt med Child Posttraumatic Symptom Scale (CPSS) (Foa, Johnson, Feeny, & Treadwell, 2001).

Eksklusjonskriterier var akutt suicidalatferd, psykose, psykisk funksjonshemming, eller behov for tolk. Ungdommene ble tilfeldig fordelt til å motta traumefokusert kognitiv atferdsterapi

(TF-CBT), eller den terapi som vanligvis gis ved poliklinikken (treatment as usual, TAU). Studien ble godkjent av Regional etisk komite og ble finansiert av Helsedepartementet, Norges forskningsråd, og Rådet for psykisk helse. (Se Jensen et al. 2014, for en nærmere beskrivelse av studien).

## 2.3 Utvalg

Alle deltakerne i min studie er fra utvalget som mottok den behandling som vanligvis gis ved poliklinikken, her forkortet til TAU. Det positive ved å undersøke TAU er at terapeutene i denne gruppen står friere til å følge sin egen strategi i behandlingen av ungdommene enn i TF-CBT gruppen, noe som kan medføre store variasjoner. TAU-utvalget er trolig også mer representativt for den terapi som utføres i Norge i dag.

Jeg tok utgangspunkt i hele TAU-utvalget, som besto av 77 deltakere. Siden koding av tidlig motstand gjøres ved å lytte til terapitimer som er tatt opp på lydbånd, ble åtte saker ekskludert på grunn av manglende lydopptak. Etter utprøvinger av kodingsmanualen, samt diskusjoner i forskergruppen og med utvikleren av kodemanualen Stephen Shirk, fant man at det var vanskelig å kode motstand i timer der foreldre var tilstede. De sakene hvor barnet ikke var alene i løpet av de første tre timene ble derfor også ekskludert. Denne grensen på de tre første timene ble også diskutert i forskergruppen, og i møter jeg deltok på med Stephen Shirk. Studiens formål var å undersøke sammenheng mellom tidlig motstand og senere allianse, og derfor måtte motstand kodes før allianse skulle måles etter terapitime 6. Ved å sette grensen til de tre første timene, ble nesten alle barna inkludert, samtidig som man sikret seg at kodingen ble foretatt tidlig i terapiforløpet.

Det endelige utvalget besto av 56 barn og ungdom, der terapeut og ungdom var alene i terapirommet i minst 15 min i løpet av time 1, 2 eller 3. Deltakerne hadde opplevd ett eller flere traumer og alle hadde klinisk forhøyede PTSD-symptomer målt med CPSS, definert som skåre over 11 (Foa et al., 2001) ( $M=26.80$ ). Utvalget besto av både gutter ( $N=10$ ) og jenter ( $N=46$ ), og alderen varierte fra 10-18 år ( $M=15.48$ ). (Se Tabell 1 og 2)



Tabell 1: *Beskrivelse av utvalget*

	N	Laveste	Høyeste	Gjennomsnitt
Alder ved første kartlegging	56	10	18	15.48
Antall opplevde hendelser totalt	56	1	8	3.68
Symptombelastning	56	15	46	26.80

Tabell 2: *Kjønnsfordeling i utvalget*

Kjønn	N	%
Gutt	10	17.9
Jente	46	82.1
Total	56	100.0

## 2.4 Terapeutene og terapien

Terapeutene ( $N = 45$ ) var fra ulike yrkesgrupper, deriblant psykologer (51.1 %), kliniske sosionomer (26.7 %), kliniske pedagoger (17.8 %) og psykiatere (2.2 %). De hadde i gjennomsnitt 12.5 års erfaring (Holt, Jensen, & Wentzel-Larsen, 2014). TAU- terapeutene ble instruert om å gi den behandling de mente var mest effektiv i hver sak. Terapien besto i hovedsak av individualterapi, men i 55.3 % ( $N = 42$ ) av sakene var også foreldrene involvert i terapiprosessen (Ormhaug et al., 2014). Noen terapeuter hadde flere enn en klient som var deltaker i studien, og gjennomsnittlig hadde hver terapeut 1.7 deltakere. Terapeutene ble bedt om å rapportere sin hovedterapeutiske orientering, og de rapporterte blant annet om dynamisk psykoterapi, kognitiv atferdsterapi, og familie- og systemisk terapi. I tillegg ble tre terapitimer fra hver terapeut kodet med *Therapy Process Observational Coding System – Strategies scale* (TPOCS-S; McLeod og Weisz, 2010) for å få innsikt i behandlingen som ble gitt i TAU-betingelsen. De totalt 81 kodede timene viste at intervensjonene i 92.6 % av timene var klientsentrert, og psykodynamiske intervensjoner ble observert i 45.7 % av timene, mens kognitive intervensjoner ble observert i 30.0 % av timene. Det var familiefokus i 35.8 % av timene og atferdsterapeutiske intervensjoner ble observert i 19.8 % av terapitimene.

### 2.4.1 Mål for allianse

Allianse ble i hovedstudien, som min studie henter data fra, målt ved bruk av *Therapeutic Alliance Scales for Children* (TASC), utviklet av Shirk og Saiz (1992). TASC er et unikt alliansemål ettersom den er utviklet spesifikt til bruk med barn og ungdom (Accurso, Hawley, & Garland, 2013). Skalaen vurderer to dimensjoner av allianse, henholdsvis båndet mellom barnet og terapeuten, og grad av samarbeid om oppgaver (Shirk et al., 2011). I studien ble den

reviderte versjonen av skalaen brukt, TASC-R (Shirk & Karver, 2003). TASC-R består av 12 korte spørsmål som måler emosjonelle aspekter ved allianse (for eksempel «Jeg gleder meg til å treffe terapeuten min»), og grad av samarbeid om oppgaver (for eksempel «Jeg jobber sammen med terapeuten min for å løse problemene mine»). Spørsmålene ble presentert skriftlig, og gradert på en 4-punktsskala fra «stemmer ikke i det hele tatt» til «stemmer hele tiden». Reliabilitetsanalyser fra hovedstudien viste en god intern konsistens både ved time 1 ( $\alpha=.88$ ) og time 6 ( $\alpha=.91$ ) (Ormhaug et al., 2014). Det komplette godkjente norske oversettingen av TASC-R utfyllingsskjemaet er vedlagt som Vedlegg 3.

#### 2.4.2 Mål for motstand

I studien ble *Behavioral Indicators of Disengagement Scale* (BIDS), anvendt for å vurdere grad av involvering i terapi. BIDS er utviklet for å vurdere grad av involvering i barne- og ungdomspopulasjoner (Peterson, 2011). Castro-Blanco og Karver (2010) har beskrevet at klienter kan uttrykke motstand på ulike måter. For å inkorporere dette som en del av skalaen blir motstand sett på som et aspekt med flere dimensjoner, og ikke som et enhetlig konstrukt i BIDS. To faktorer har vist seg å være stabile mål for lav grad av involvering (Peterson, 2011).

Den ene faktoren, BIDS 1, måler «aktiv motstand». Dette innebærer en fiendtlig holdning som uttrykkes åpent som respons til terapeutens spørsmål. Eksempler på dette kan være fiendtlig kommunikasjon, sarkasme, direkte fornærmelser, og en overordnet motvillighet til å samarbeide med terapeuten, eller et ytre ønske om å slippe terapi. Den andre faktoren, BIDS 2, måler «passiv motstand». Mangel på verbal kommunikasjon, minimal verbal utdypning, og korte svar på spørsmål fra terapeuten, blir ansett å være kjernekomponentene i faktor 2 (Peterson, 2011). I samarbeid med skalaens utvikler, Stephen Shirk ble man enige om at skalaen og kodingsmanualen ikke burde oversettes, da nyanser kunne forsvinne i oversettelsen. Skåringsinstruksjoner og skalaen ligger vedlagt som Vedlegg 1 og Vedlegg 2.

#### 2.4.3 Koding av BIDS

BIDS anvendes som et dikotomt skjema der det vurderes om en type atferd er tilstede eller ikke i løpet av det angitte tidsrommet. Skåringen kan enten gjøres ved observasjon av timer in vivo, eller ved hjelp av lydbånd og videoopptak fra terapitimen. Tidsrommet man analyserer går over 15 minutter totalt, inndelt i fem treminutters segmenter. I studien ble det tatt

utgangspunkt i de 15 første minuttene terapeut og klient var alene i terapirommet, henholdsvis i time 1, 2 og 3.

I studien ble opptak på lydfiler fra terapitimene kodet. Jeg lyttet i førsteomgang gjennom lydfilene i det opprinnelige utvalget for å identifisere hvorvidt terapeut og klient var alene i rommet i løpet av time 1, 2, eller 3. Sakene der andre deltakere var tilstede ble ekskludert som tidligere begrunnet, og sakene der terapeut og klient var alene ble start- og sluttidspunkt registrert.

Under kodingen ble hver lydfil lyttet til i tre minutter om gangen. Det ble så vurdert hvorvidt BIDS 1 (aktiv motstand) og BIDS 2 (passiv motstand) var tilstede eller ikke. Om atferden ble registrert ble det markert med  $\times$  i feltet som samsvarte med segmentet, og om atferden ikke ble registrert ble det markert med  $\div$ . For hvert treminutters segment ble denne vurderingen gjort, henholdsvis etter 3, 6, 9, 12 og 15 minutter. Alle 56 sakene ble etter samme mal vurdert gjennom de 15 minuttene. (For skåringskjema og skåringsinstruksjoner, se Vedlegg 1 og Vedlegg 2)

I henhold til BIDS prosedyrer ble atferd kun registrert som observert én gang i løpet av hvert treminutters segment. Skårene kan dermed variere fra 0-5 i løpet av et 15 minutters segment på hver BIDS faktor. Maksimal skåre på BIDS 1 alene og BIDS 2 alene i løpet av 15 minutter kan dermed bli 5, slik at samlet totalskåre maksimalt kan bli 10 for hver deltaker.

Før alle sakene i utvalget ble kodet, ble noen saker kodet av både en ekspert på kodingen og meg. Ettersom jeg alene skulle kode de resterende sakene, ble dobbeltkoding gjennomført for å sikre konsistent koding. Det ble gjort et stratifisert randomisert utvalg av 10 % av sakene (Bordens & Abbott, 2008). Disse ble kodet av både eksperten og meg separat, før resultatene ble tolket og analysert sammen. Kappa mål for enighet ble utregnet, og vurdert å være betydelig ( $\kappa = .75$ ) (Fleiss, Levin, & Paik, 2003; McHugh, 2012)

Under kodingsprosessen var jeg blind for terapeutenes teoretiske og kliniske bakgrunn, samt hvor lenge de hadde jobbet som terapeuter. Jeg var ikke informert om utfall i noen av sakene før de ble kodet, og var dermed blind for både avbrutte terapiforløp, utfallskårer, og allianseskårer.

## 2.5 Statistiske analyser

Alle statistiske analyser ble utført med IBM SPSS Statistics 22. Signifikansnivå er vurdert som  $p = 0.05$  der ikke annet er oppgitt.

Det er ikke en normalfordistribusjon av skårer i mitt utvalg. Normalitetstesting ble utført med Kolmogorov-Smirnov, som er et kjent mål for normalitet (Field, 2009). Testen viser at datasettet avviker signifikant fra normalfordeling  $D(56) = .001, p < .05$ . Gjennom normalitetstesting sammenliknes mine skårer med et sett med normalfordelte skårer og vurderer om de er signifikant forskjellige. Field (2009) hevder at selv små avvik kan bli signifikante gjennom slik normalitetstesting, og at resultatene alene ikke bør vektlegges i stor grad. I mitt utvalg vil trolig flere av deltakernes skårer karakteriseres som «uteliggere» fordi de har skåret høyere på motstandsmålene enn flesteparten av deltakere. Selv om de oppfattes som statistiske uteliggere vil de ikke nødvendigvis oppfattes som uteliggere fra et klinisk standpunkt. Ikke-parametriske tester blir i noen sammenhenger anbefalt når distribusjonen av skårer ikke er normalfordelt. De ikke-parametriske testene er dog mindre sensitive til datamaterialet enn parametriske tester, noe som kan føre til at forskjeller mellom grupper ikke blir oppdaget (Pallant, 2010). I denne studien har parametriske tester blitt anvendt.

### 2.5.1 Beskrivende statistikk og T-test

For å besvare forskningsspørsmålet om barna og ungdommene i studien viste tidlig motstand, ble det anvendt *one-sample t-test*, for å vurdere om graden av motstand på de to motstandsmålene var signifikant forskjellig fra 0. Ved å bruke denne testen vil vi kunne vurdere om barna og ungdommene stort sett ikke viser motstand ved at testen ikke blir signifikant, eller om de stort sett viser motstand ved at testen blir signifikant. I t-testen ble motstandsskårene på de to variablene (BIDS 1 og BIDS 2) brukt.

Det ble anvendt frekvensfordeling for å vurdere kategoriske variabler i for eksempel kjønnsfordeling. For å vurdere hyppighet av de to motstandsmålene ble oversikt over skårene innhentet gjennom beskrivende statistikk. Videre ble motstandsmålene kodet dikotomt (dummykodet) som enten «tilstede» eller «ikke tilstede» for de ulike motstandsmålene (BIDS 1 og BIDS 2). Skåre 0 ble kodet som at motstand «ikke var tilstede», og skåre mellom 1-5 på motstandsmålene hver for seg, og 1-10 på motstandsmålene samlet, ble kodet som at motstand var «tilstede». På denne måten ble også motstand vurdert som kategoriske variabler.

I beskrivelsen av utvalget og resterende beskrivende statistikk, der variablene var kontinuerlige ble det brukt «descriptives», blant annet i vurderingen av antall traumatiske opplevelser, gjennomsnittlig alder for deltakerne i studien, og symptomtrykk målt med CPSS.

### 2.5.2 **Multippel regresjonsanalyse**

For å besvare forskningsspørsmålet om hvorvidt motstandsmålene (aktiv og passiv motstand) kan predikere tidlig allianse, og hvilket av motstandsmålene som har størst prediktiv verdi, ble det utført en standard multippel regresjonsanalyse. Regresjonsanalyse ble valgt ettersom det var ønskelig å vurdere hvor mye varians i den avhengige variabelen (allianse) som blir forklart av de uavhengige variablene (aktiv motstand = BIDS 1, og passiv motstand = BIDS 2). Ved denne framgangsmåten vil også bidragene til hver enkelt uavhengig variabel kunne vurderes. Multippel regresjon utføres på bakgrunn av en rekke antakelser om blant annet datasettet, utvalgsstørrelse og skjevhet i utvalget. Dersom disse antakelsene brytes har eventuelle funn begrenset generaliserbarhet (Field, 2009). Antakelsene for multippel regresjon ble således vurdert i gjennomgangen som følger.

Utvalgsstørrelse: I forskning med små utvalg vil det kunne oppstå problemer i forhold til generaliserbarhet. Ulike anbefalinger i vurderingen av utvalgsstørrelse er ikke uvanlig, men Stevens (2002) hevder at man i samfunnsvitenskapene bør ha minst 15 deltakere per prediktor for å få en reliabel likning. Ettersom denne oppgavens mål var å predikere allianse med motstandsmålene BIDS 1 og BIDS 2, impliserer det at en burde ha  $(15 \times 3 =) 45$  deltakere i utvalget for ikke å bryte med antakelsen om utvalgsstørrelse. Denne studiens utvalg er større enn dette ( $N = 56$ ), og antakelsen for multippel regresjon er ikke brutt.

Multikollinearitet og singularitet: Begrepene benyttes i vurderingen av forholdet mellom de uavhengige variablene. Det er ikke ønskelig at de to uavhengige variablene er høyt korrelert med hverandre ( $r = .9$  og over), og om dette forekommer refereres det til som kollinearitet (Pallant, 2010). Dersom en uavhengig variabel er en sammensetning av ulike andre uavhengige variabler bruker man betegnelsen singularitet ettersom de vil gi mål på akkurat det samme. Verken singularitet eller kollinearitet er ønskelig når man utfører multiple regresjoner. For å vurdere kollinearitet ble to verdier studert, Tolerance og VIF. Dersom tolerance-verdien er under .10 indikerer det at korrelasjon med andre variabler er høy og at kollinearitet kan forekomme. Tolerance-verdien i denne regresjonen er beregnet (Tolerance = .873) og er over den kritiske grenseverdien. VIF-verdi er den inverse tolerance-verdien, og

en høy verdi (over 10) vil indikere kollinearitet (Pallant, 2010). VIF-verdien er beregnet ( $VIF = 1.146$ ) og overstiger ikke den kritiske verdien. Antakelsene om singularitet og kollinearitet for multippel regresjon er dermed ikke brutt.

Uteliggere: Multippel regresjon er sensitiv til veldig høye eller veldig lave skårer, såkalte uteliggere. Ekstremskårer i datasettet vil kunne gi feilaktige resultater i analysene og en vurdering av hvordan uteliggere bør håndteres er derfor nødvendig. I mitt datasett kan det forekomme at mange vil oppnå svært lave skårer (mellom 0 og 1). Enhver skåre som nærmer seg ytterligheten av skalaen (skåre 4 og 5) vil trolig fanges opp som uteliggere i de statistiske analysene. Det vurderes at skårer innenfor BIDS-skalaens rammer er å anse som normalvariasjoner innen det man kan forvente, og ikke ekstremverdier. I små utvalg er det mer vanlig med uteliggere enn i store utvalg. Dersom mitt utvalg ( $N=56$ ) ville vært større er det sannsynlig at flere ville oppnådd høyere skårer, og de ville blitt ansett som en del av normalfordelingen. For å få en best mulig representasjon av virkeligheten vil derfor skårer som kunne vært ansett som uteliggere beholdes i de statistiske analysene.

### 2.5.3 Logistisk regresjon

For å undersøke hvorvidt motstandsmålene (aktiv motstand =BIDS 1 og passiv motstand = BIDS 2) predikerer tidlig avslutning av terapi (drop-out), ble det anvendt logistisk regresjon som statistisk metode. Hovedårsaken for dette analysevalget skyldes at drop-out er en dikotom variabel, ettersom drop-out vurderes enten som å ha skjedd, eller ikke å ha skjedd. Drop-out vil være den avhengige variabelen i en slik analyse, og motstandsmålene (BIDS 1 og BIDS 2) vil være uavhengige variabler. Når den avhengige variabelen er dikotom er ofte logistisk regresjon det beste analysevalget (Pallant, 2010). Jeg har valgt «Forced Entry Metod» der alle prediktorvariablene blir testet for å vurdere deres prediktive evne, mens man kontrollerer for effektene av de andre prediktorene i modellen. Valget av denne metoden, heller enn den stegvise, støttes av blant annet Pallant (2010), ettersom den stegvise metoden har blitt kritisert for i stor grad å påvirkes av tilfeldig variasjon i datasettet.

Logistisk regresjon utføres på bakgrunn av en del av de samme antakelsene som multippel regresjon (Pallant, 2010). Utvalgsstørrelse, multikollinearitet og uteliggere ble inspisert og vurdert før analysen ble gjennomført.

#### 2.5.4 **Missing**

Det er noe manglende data i datasettet. For motstandsmålene (BIDS 1 og BIDS 2) er datasettet komplett, men på alliansemålet (TASC-R) mangler resultater fra 6 deltakere (10.7 %). I analysene har manglende data blitt ekskludert parvis, noe som innebærer at deltakerne som ikke har utfyllt allianseskårer, ikke har blitt inkludert der alliansemål har vært nødvendig for den spesifikke analysen. I de resterende analysene har deltakerne uten allianseskårer blitt inkludert.

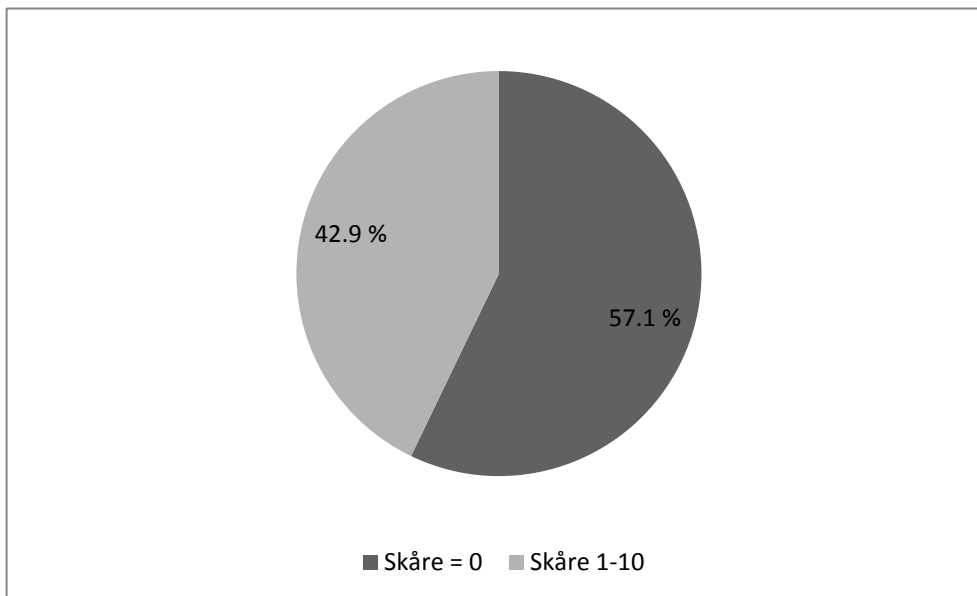
## 3 Resultater

### 3.1 Viser barna og ungdommene i utvalget tidlig motstand (enten aktiv eller passiv) til terapi?

En one-sample t-test ble utført for å utforske om graden av motstand barna og ungdommene i utvalget viser er signifikant forskjellig fra null. T- testen viste at barna og ungdommene viser signifikant grad av aktiv motstand  $t(55) = 3.175, p = .002$  og passiv motstand  $t(55) = 4.311, p < .001$ .

Beskrivende statistikk ble anvendt for å illustrere motstand i utvalget. Figur 1 viser en dikotom fordeling av deltakere som ikke har vist noe motstand (ingen skåre på verken BIDS 1 eller BIDS 2) og de som har vist motstand (skåre fra 1-10). Av totalt 56 deltakere var fordelingen mellom de som viste motstand 42.9 % ( $N= 24$ ) og de som ikke viste motstand 57.1 % ( $N= 32$ ) slik figur 1 illustrerer.

Figur 1: Andel av deltakerne (%) som ikke viste motstand (skåre = 0) og som viste motstand (skåre 1-10). ( $N= 56$ )

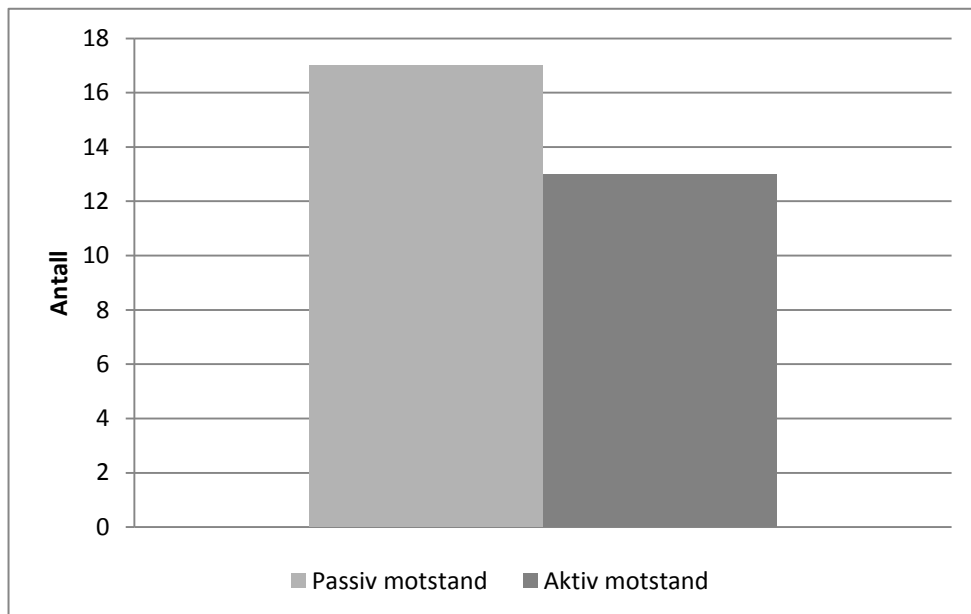


Figur 2 viser fordelingen av motstandsskårer for de deltakerne som viste motstand (skåre 1-10). I Figur 2 er motstanden barna og ungdommene i utvalget viste fordelt på de to motstandsmålene, aktiv og passiv motstand. Slik det fremkommer av figuren var det  $N=17$  av



deltakerne som viste noen grad av passiv motstand (30.4 %), og  $N=13$  av deltakerne som viste noen grad av aktiv motstand (23,2 %).

Figur 2: Fordeling av motstandsskårer, fordelt på aktiv (BIDS 1), og passiv (BIDS 2) motstand. ( $N = 56$ )



\*Noen ungdommer ( $N=6$ ) viste både passiv og aktiv motstand

Fordelingen av skårer på de to motstandsmålene, aktiv motstand og passiv motstand, kan ses i Tabell 4. Som det fremgår av tabellen er det et overtall av nullskårer, men også en del motstandsskårer på begge motstandsmålene. Tabell 5 viser gjennomsnittsskårer, standardavvik, høyeste og laveste BIDS-skåre i utvalget. Slik tabellen viser varierer aktiv motstand med skårer fra 0 til 5, mens passiv motstand varierer med skårer fra 0 til 4. Ingen får den maksimale skåren på 10 for BIDS 1 og BIDS 2 totalt.

Tabell 4: Fordeling av BIDS-skårer på aktiv og passiv motstand i utvalget.

BIDS-skårer	Aktiv motstand (BIDS 1)		Passiv motstand (BIDS 2)	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
0	43	76.8	39	69.6
1	8	14.3	6	10.7
2	3	5.4	7	12.5
3	0	0.0	3	5.4
4	1	1.8	1	1.8
5	1	1.8	0	0.0
Totalt	56	100	56	100

Tabell 5: *Beskrivelse av skårer på motstandsmålene*

	<i>N</i>	Laveste	Høyeste	<i>M</i>	<i>SD</i>
BIDS 1	56	0	5	0.41	0.968
BIDS 2	56	0	4	0.59	1.023
BIDS1 + BIDS2	56	0	8	1.00	1.640

### 3.2 Sammenheng mellom tidlig motstand og allianse

Standard multippel regresjon ble utført for å vurdere de to motstandsmålenes (aktiv motstand: BIDS 1, og passiv motstand: BIDS 2) evne til å predikere tidlig allianse (målt ved time 6). Ved bruk av Enter metoden ble det funnet at BIDS 1 og BIDS 2 forklarer en statistisk signifikant andel av varians i allianse ( $F(2, 47) = 4.120, p = .022$ ). De to motstandsmålenes samlede predikasjonsverdi ble utregnet ( $R^2 = .149$ ), og indikerer at omtrent 15 % av variansen i allianse kan forklares av motstand. I Tabell 6 er hvert av de to motstandsmålenes bidrag illustrert. BIDS 1 (aktiv motstand) hadde det sterkeste unike bidraget i å predikere allianse ( $\beta = -.297$ ), når vi kontrollerer for den andre variabelen i modellen. Som det fremgår av tabellen var det bare BIDS 1 med negativ regresjonskoeffisient som signifikant predikerte allianse. Resultatet indikerer at deltakerne som skåret høyere på aktiv motstand rapporterte om dårligere allianse med terapeuten, kontrollert for passiv motstand. BIDS 2 (passiv motstand) har også negativ regresjonskoeffisient, men oppnår ikke statistisk signifikansverdi ( $p = .266$ ).

Tabell 6: *Standard multippel regresjonsanalyse for variablene BIDS 1 og BIDS 2 prediksjon av allianse*

Variabel	Ustandardiserte koeffisienter		Standardisert	
	B	SE B	$\beta$	<i>p</i>
BIDS 1	-2.640	1.279	-.297	.045
BIDS 2	-1.363	1.210	-.162	.266

Note.  $R^2 = .149$

### 3.3 Sammenheng mellom tidlig motstand og drop-out

Logistisk regresjon ble utført for å vurdere hvilken prediksjonsverdi motstandsmålene aktiv motstand (BIDS 1) og passiv motstand (BIDS 2), hadde for tidlig avslutning av terapi (drop-out). Modellen i sin helhet med begge de uavhengige variablene var ikke statistisk signifikant.  $\chi^2 (2, N = 56) = 1.72, p = .425$ , hvilket indikerer at variablene i modellen, aktiv og passiv motstand, ikke klarte å skille mellom deltakere som avsluttet terapiforløpet tidlig, og de som fortsatte i terapi. Modellen forklarte bare mellom 3.0 % (Cox and Snell R square) og 5.1 % (Nagelkerke R squared) av variansen i drop-out, og klassifiserte korrekt i 83.9 % av sakene.

Tabell 7 viser at ingen av de uavhengige variablene ga et unikt statistisk signifikant bidrag i å predikere drop-out. Den sterkeste prediktoren for drop-out fra terapi var aktiv motstand (BIDS 1) med en odds-ratio på 1.62. Dette indikerer at en deltaker som viser aktiv motstand har over 1.5 ganger så stor sjanse for å droppe ut av terapi som en deltaker som ikke viser aktiv motstand, når de andre faktorene i modellen er kontrollert for ( $p > .05$ ).

Tabell 7: Logistisk regresjon for prediksjon av tidlig drop-out med motstandsmålene aktiv motstand (BIDS 1) og passiv motstand (BIDS 2)

Variabel	B	S.E	Wald	df	p	O.R	95.0 % C.I. for Odds Ratio	
							Nedre	Øvre
BIDS 1	.48	.37	1.72	1	.19	1.62	0.79	3.31
BIDS 2	-.29	.47	.39	1	.53	.74	0.29	1.87
Konstant	1.75	.43	16.2	1	.25	.18		

Note. O.R = Odds ratio

Vi kan ut i fra Tabell 7 lese at BIDS 1 har positiv betaverdi ( $\beta = .48$ ), hvilket indikerer at det er en positiv sammenheng mellom variablene. Høyere skåre på BIDS 1 ser ut å ha en sammenheng med å droppe ut av terapi, men denne sammenhengen er ikke statistisk signifikant ( $p = .18$ ).

### 3.4 Oppsummering av resultatene

I tråd med forskning på traumatiserte unge (Carlson et al., 1989; Eltz et al., 1995; Ormhaug et al., 2014) og tidligere forskning på motstand (Peterson, 2011), ble det funnet at barn og ungdom som har opplevd traumatiske erfaringer viste motstand til terapi. Hvorvidt det fantes en sammenheng mellom motstand og allianse, og mellom motstand og drop-out ble utforsket

med one- sample t-test, standard multippel regresjonsanalyse og logistisk regresjonsanalyse, samt beskrivende statistikk. Resultatene viste at nesten halvparten av barna og ungdommene i utvalget viste enten aktiv eller passiv motstand til terapi. Det ble videre funnet at tidlig motstand predikerer dårligere allianse. Det var bare ett av motstandsmålene, BIDS 1 (aktiv motstand), som ga et signifikant unikt bidrag i å predikere allianse, mens BIDS 2 (passiv motstand) ikke signifikant bidro til å predikere alliansen. Det ble ikke funnet støtte for at de to motstandsmålene, aktiv og passiv motstand, predikerer drop-out. BIDS 1, aktiv motstand, ble indentifisert som den sterkeste prediktoren for drop-out, der de som øker BIDS 1-skåre med 1 ser ut til å ha over 1.5 ganger så stor sjanse for å droppe ut av terapi. Dette resultatet var dog ikke statistisk signifikant.

## 4 Diskusjon

### 4.1 Nesten halvparten av barna og ungdommene viste motstand til terapi

Resultatene i studien viser at 42.9 % av barna og ungdommene i utvalget viste enten aktiv, eller passiv, motstand til terapi. At en så stor andel av de traumatiserte unge viser motstand i løpet av de første timene i behandling er et viktig funn, ettersom tidligere forskning viser at motstand er en av de sterkeste prediktorene for et negativt utfall av terapi (Karver et al., 2006). Videre vet vi at det å involvere klienten i terapiens oppgaver er noe av det som fører til endring (Chu & Kendall, 2004). Stringer og kollegaer (2010) går langt i å beskrive hvordan vedvarende motstand gjør emosjonell prosessering vanskelig, om ikke umulig (Stringer, Levitt, Berman, & Mathews, 2010). Med dette mener forskerne at involvering i terapi er nødvendig for et godt utfall. Motstand blir således et hinder for emosjonell prosessering og bedring.

#### 4.1.1 Betydningen av traumatiske erfaringer og posttraumatisk stress

I lys av litteraturen og tidligere forskning på barn og ungdom utsatt for traumer, er ikke resultatene i denne studien så overraskende. Janoff-Bulman (1992) beskriver at barn og ungdom utsatt for traumer kan få endrede kjerneantakelser, både om verden som et farlig sted og om andre menneskers intensjoner. Videre vet vi at relasjonstraumer kan føre til usikker tilknytning (Carlson et al., 1989), og at forvirrende relasjonsmønstre ikke er uvanlig for traumatiserte barn og unge (Lynch & Cicchetti, 1991). De fleste i denne studien hadde vært utsatt for relasjonelle traumer og det er ikke utenkelig at barn og ungdom som utsettes for denne type overgrep og seksuelle krenkelser slutter å stole på andre, og mister tillit til at andre vil dem vel. Bekymringene dette medfører kan trolig lede til en engstelighet som uttrykkes som motstand. Videre hadde alle barna og ungdommene i utvalget høye posttraumatisk stresssymptomer målt med CPSS (Foa et al., 2001).

Fra traumelitteraturen vet vi at posttraumatisk stress er kjennetegnet ved unngåelse, gjenopplevelse, og aktivisering ved eksponering for traumepåminnere (Jensen, 2011; Kearney

et al., 2010). Unngåelse av traumepåminnere gjennom for eksempel å ikke ville snakke eller tenke på det som har skjedd, er en del av symptombildet. I terapi er ofte henvisningen det første som adresseres, hvilket kan medføre at barnet opplever påtrengende minner knyttet til traumet. Det å skulle snakke om sin traumatiske erfaring, kan for mange i seg selv være en traumepåminner (Jensen, 2011). Motstand kan forstås som en unngåelse av ubehaget slike gjenopplevelser kan medføre, og kanskje er dette en av årsakene til at barna og ungdommene i utvalget viste motstand til terapi. Engle og Arkowitz (2008) hevder at motstandens hensikt er beskyttelse. Som mennesker ønsker vi å beskytte oss mot selvavsløring, og Engle og Arkowitz forstår motstand som en ambivalens som manifesterer seg som unngåelse og non-compliance. Ettersom mange barn og ungdom kommer til terapi uten å vite hva terapi innebærer og hva som er forventet av dem (DiGiuseppe et al., 1996; Fjermestad, 2011), er det ikke så rart om de er usikre, avventende og redde i begynnelsen av terapi.

#### **4.1.2 Komorbiditet**

Studier gjort på posttraumatisk stress i barndomsalder viser at barn som blir eksponert for traumatiske erfaringer også viser høyere grad av blant annet depresjon og angstlidelser (Copeland et al., 2007). Det er mulig at noe motstand i begynnelsen av terapi kan tilskrives annen underliggende symptomatologi. Man kan blant annet tenke seg at det finnes en sammenheng mellom alvorlig atferdsforstyrrelse og aktiv motstand. Greenwald (2000) hevder at det er en viktig sammenheng mellom traumer og atferdsforstyrrelser, og at PTSD og atferdsforstyrrelser i noen tilfeller kan arte seg tilsynelatende likt. I følge Greenwald (2000) vil en følelse av å være i alarmberedskap kunne føre til fiendtlige attribusjonsfeil, og videre lede til aggressiv atferd. Den aktive motstanden deltakerne i studien viser i begynnelsen av terapi, kan kanskje forklares av at traumene de har vært utsatt for har ført til fiendtlige attribusjonsfeil. Som en følge at attribusjonsfeilen kan barna og ungdommene være ekstra sensitive til trusler, hvilket en terapisetting kanskje kan oppleves som.

#### **4.1.3 Kulturell påvirkning**

BIDS er utviklet i USA og har tatt utgangspunkt i den type motstand klinikere der rapporterte at forekom hyppig. For å oppnå en skåre på BIDS 1 må du snakke imot terapeuten, være sarkastisk, eller fortelle om misnøye til terapien. Man kan tenke seg at det krever mye at et barn eller en ungdom som kommer til terapi og møter en terapeut de ikke har sett før, skal

vise motstand på denne måten. Som en tilleggsfaktor er ikke klienten og terapeuten likestilte i terapisisituasjonen, og terapeuten vil i mange tilfeller oppleves for et barn som en autoritetsfigur. Passiv motstand (BIDS 2) som kjennetegnes ved stille tilbaketrekking der man unngår spørsmål, kan være en måte å vise motstand på som passer til norsk væremåte sammenliknet med amerikanske barn.

På den andre siden viser resultatene at det ikke er så stor forskjell i antall deltakere som viste passiv motstand ( $N = 17$ ) og aktiv motstand ( $N = 13$ ), hvilket kan fremstå som noe uventet i lys av en kulturell forståelse. Om dette funnet skyldes kulturelle forskjeller i å uttrykke motstand på, symptomatologi, eller andre faktorer kan ikke denne studien gi noen forklaring på, men det er et aspekt det kunne vært spennende å undersøke i videre forskning. Klinikere bør uansett være oppmerksomme på at kulturelle forskjeller *kan* påvirke hvordan motstand til terapi uttrykkes.

#### 4.1.4 Viser barna og ungdommene mye motstand?

I forskningen på motstand er det foreløpig kun en annen studie som har brukt samme motstandsskala for å utforske barn- og ungdommers motstand til terapi. Det er derfor ingen normdata tilgjengelig som kan bistå i vurderingen av om motstanden som vises i dette utvalget er mye eller lite i forhold til i terapi ellers. Den andre studien med samme motstandsmål ble gjort på deprimerte barn og ungdommer (Peterson, 2011). Peterson fant i sin studie at de deprimerte ungdommene gjennomsnittlig viste lav grad av aktiv motstand og høyere grad av passiv motstand, noe som trolig kan forklares av depresjonens fenomenologi der passivitet er en del av symptombildet. I denne studien hadde deltakerne høyere gjennomsnittlig skåre på aktiv motstand ( $M = .41$ ) enn i Petersons studie ( $M = .21$ ), selv om passiv motstand likevel forekom hyppigst ( $M = .59$ ). At gjennomsnittsskåren for aktiv motstand i min studie var høyere enn i Petersons, kan kanskje forklares av traumerelaterte faktorer, som endrede kjerneantagelser, relasjonsproblemer og mistillit til voksne. Lav sosial kompetanse, som i noen tilfeller er observert hos traumatiserte barn og ungdom, samt sammenhengen mellom atferdsforstyrrelser og traumer, kan muligens også bidra til å belyse forskjellene mellom studiene. I videre forskning kunne det vært spennende om studier utforsket sammenhengen mellom motstand og andre typer tilstandsbilder.

## 4.2 Motstand predikerer allianse

Det var en statistisk signifikant sammenheng mellom motstand og allianse, og resultatene viser at motstand i løpet av de første timene av terapi, predikerer dårligere allianse ved time 6. Av resultatene fremgår det at bare aktiv motstand (BIDS 1) signifikant bidrar til å predikere en dårlig allianse. Atferd der barnet eller ungdommen er sarkastisk, opposisjonell, eller avbryter terapeuten i løpet av de første timene i terapi, henger dermed sammen med hvordan barnet skårer alliansen senere i terapiforløpet. Tidligere studier påpeker viktigheten av en god allianse som forutsetning for godt utfall av terapi (DiGiuseppe et al., 1996; Kearney et al., 2010), og at en dårlig allianse predikerer drop-out (Garcia, 2002). Dette gjør funnet om at motstand predikerer allianse interessant. Samlet viser resultatene at de to motstandsmålene (aktiv og passiv motstand) forklarer 15 % av variansen i allianse. I forskning blir dette ansett som en liten effektstørrelse (.10-.30). Likevel kan en slik effektstørrelse være av stor betydning. Lambert beskriver til sammenlikning at ulike teknikker i terapi (psykoterapeutisk tilnærming) forklarer 15 % av variansen i utfall, og at fellesfaktorer forklarer 30 % (Lambert, 2013). I psykologisk forskning kan 15 % med andre ord anses som en effektstørrelse av betydning.

### 4.2.1 Passiv motstand

Passiv motstand (BIDS 2) predikerer ikke signifikant allianse ved time 6. En mulig forklaring på dette funnet kan være at stillhet og mangel på utdypning kanskje er en form for motstand der barnet eller ungdommen beholder mye kontroll selv. Det er den unge som styrer hvor mye informasjon som deles, og når en føler seg klar for å utdype mer av sin historie. Dersom vi anser denne typen motstand som en mer kontrollert og behersket form for motstand, kan en forklaring på at ikke passiv motstand predikerer allianse, være at barnet etter hvert blir mer kjent med terapeuten og at det oppstår en trygghet og tillit mellom dem. Selv om barnet ikke er utbroderende og gir svar på alle terapeutens spørsmål i begynnelsen av terapi, kan det hende at det etableres et godt bånd mellom terapeuten og barnet etter hvert, som gjør at ikke alliansen påvirkes av den tidlige passive motstanden.

En annen mulig forklaring på at passiv motstand ikke predikerer alliansen i time 6, kan tilskrives at norske terapeuter kanskje er mer vant til at barn og ungdom ikke responderer til spørsmål og er stille i terapitimer. Ettersom norske terapeuter trolig opplever dette oftere, er



de muligens bedre rustet til å håndtere denne type motstand. Gjennom erfaringer med passiv motstand, kan terapeutene utforske hva som ligger bak motstanden og jobbe med dette. På denne måten blir barnets motstand adressert og tatt på alvor, noe som kan trygge barnet i terapisisuasjonen, slik at et god terapeutisk allianse kan etableres.

#### 4.2.2 Aktiv motstand

Aktiv motstand predikerer signifikant dårligere allianse ved time 6. Fra forskning innen barneterapifeltet vet vi at barn og ungdom ofte ikke kommer til terapi av egen vilje, og det er kjent at barn ikke alltid er enige om målene og premissene for terapi (Fjermestad, 2011). Det er mulig at en del barn og ungdom som henvises til behandling av traumer ikke ønsker behandling selv, ettersom det kan være vanskelig å skulle dele sine traumatiske erfaringer med noen. Med grunnlag i dette kan den dårlige alliansen ved aktiv motstand i noen grad kanskje forklares av en motvillighet til å gå inn i de vanskelige temaene som adresseres i terapi. Dersom terapeuten ikke klarer å formidle viktigheten av å adressere, og bearbeide de traumatiske erfaringene, kan det være vanskelig for barnet å engasjere seg i de terapeutiske oppgavene. Det er en viktig forutsetning for behandling at barnet i terapi forstår hva terapien kan bidra med, og får mulighet for å diskutere dette med terapeuten (DiGiuseppe et al., 1996; Holmes, Urie, & Maher, 1975). Gjennom en forståelse for hvorfor oppgavene i terapi gjennomføres kan terapeuten fremstå som en alliert gjennom å hjelpe barnet å mestre oppgavene. At barnet oppfatter terapeuten som alliert og at terapi fremstår som et samarbeidsprosjekt, er en av terapeutfaktorene som har vist seg å være viktig for å etablere en god allianse (Jungbluth & Shirk, 2009).

En mulig annen forklaring på at aktiv motstand predikerer dårligere allianse kan skyldes at aktiv motstand, der barnet i terapi er uttalt negativ eller avbryter terapeuten, kan være en motstandsform som norske terapeuter ikke er vant med. Mangel på involvering i oppgaver og uttalt motstand til samarbeid, kan trolig oppleves utfordrende for terapeuten, som kanskje blir usikker på hvordan slik motstand kan adresseres. Dersom den aktive motstanden forblir utematisert, får kanskje ikke barnet eller ungdommen en forståelse for at terapeuten ønsker å hjelpe, hvilket kan føre til at motstanden vedvarer og alliansen blir dårligere. Det kan også tenkes at aktiv motstand iverksetter en motreaksjon i terapeuten. Dersom terapeuten begynner å kjenne at han eller hun ikke liker å arbeide med barnet i terapi på grunn av motstand, vil det trolig bli utfordrende å samarbeide godt om oppgaver, og å være en god støtte for barnet i

terapien. Om terapeuten også opplever motstanden i timene, og synes den preger alliansen er interessant. Videre forskning burde derfor se på terapeutmålt allianse når barnet viser motstand.

#### **4.2.3 Hvorfor er det viktig å oppdage tidlig motstand?**

Resultatene i denne studien som viser at tidlig motstand predikerer en dårlig allianse er viktig siden studier viser at en god allianse ofte er en forutsetning for gode behandlingsresultater (Eltz et al., 1995; Karver et al., 2006). Denne kunnskapen kan terapeuter bruke til å forbedre sitt arbeid. Hvis terapeuter er mer oppmerksomme på barnet eller ungdommenes tidlige motstand, og kan identifisere denne, kan de også prøve å tilpasse terapien til barnet. Dersom man allerede i starten av et terapiforløp kan iverksette tiltak med det formål å forbedre alliansen, kan det være stort potensiale for å få til bedre prosesser og beholde barn og unge i terapi. Jungbluth og Shirk (2009) har forsket på hvilke faktorer som fører til en god allianse, og har blant annet identifisert en rekke terapeutstrategier forbundet med gode, og mindre gode allianseutfall. Blant annet ble det funnet at å vie oppmerksomhet til ungdommens opplevelse, utforske ungdommens motivasjon for terapi og å ha noe mindre struktur i første time, var forbundet med større grad av involvering i time to (Jungbluth & Shirk, 2009). Om terapeuter allerede i første time av terapi kan vie mye oppmerksomhet til ungdommers opplevelse, vil kanskje mange merke seg motstanden tidlig, og kunne jobbe med å forebygge en dårlig allianse.

### **4.3 Tidlig motstand predikerte ikke drop-out**

Ingen av de to motstandsmålene, aktiv og passiv motstand, ga et statistisk signifikant bidrag i å forklare hvorfor noen traumatiserte barn og ungdom avslutter terapi tidlig. Hva det er som gjør at noen viser motstand i terapi, men likevel ikke avslutter terapiforløpet, kan vi ikke vite sikkert.

#### **4.3.1 Mulige årsaker til at behandling fortsettes på tross av tidlig motstand**

Noe av forklaringen til at barn og ungdom blir i terapi selv om de viser motstand, skyldes kanskje støtte fra omsorgsgivere. Det kan hende at foreldre bidrar til å motivere barna for å

komme til timene. Andre analyser fra dette utvalget antyder at der barnet opplever at foreldre er positive til at barnet går i terapi, er det mindre sjanse for drop-out (Ormhaug & Jensen, til vurdering). Dette viser at foreldre har en viktig rolle i å holde barnet i terapi, selv om barnet selv er negativ til behandling. Videre vet vi at mange barn og ungdom ikke ber om henvisning til terapi selv, og at mange kommer til terapi uten egne mål for behandlingen. Det er i mange tilfeller omsorgsgivere som har egne mål for terapien, heller enn barnet selv (Hawley et al., 2003). Kanskje kan det tenkes at de barna som kommer til terapi fordi foreldrene har ønsket det, blir tvunget til å fortsette terapien, selv om de ikke ønsker å fortsette selv.

En studie har vist at barn og ungdom som ikke har positive forventninger til terapi, og som verken har mål for terapien eller forståelse for hva terapi innebærer, likevel kan danne en god allianse med terapeuten (Jensen et al., 2010). I denne studien kan det hende at en del av barna og ungdommene som viste motstand tidlig i terapi, etter hvert utviklet en god allianse med sin terapeut. Det viser seg at inklusjon av omsorgsgivere som samarbeidspartner kan være en av faktorene som medfører dannelsen av god allianse, selv når barnet ikke har positive forventninger til terapi (Jensen et al., 2010).

Noen barn og ungdom opplever kanskje at terapi er effektivt, selv om de i utgangspunktet viste motstand til behandling. Dette er en annen mulig forklaring på at barn og ungdom ikke avslutter terapi. Gjennom å erfare at behandling utgjør en forskjell, og ved å oppleve at noe i terapien hjelper, kan det tenkes at enkelte ønsker å fortsette terapiforløpet, selv om de i begynnelsen viste motstand.

#### **4.3.2 Passiv motstand har ikke sammenheng med drop-out**

Det virker ikke å være en sammenheng mellom passiv motstand og drop-out. De som er stille, ikke besvarer terapeutens spørsmål og unngår utdypelser i de første timene, virker ikke å ha større sjanse for å avslutte terapiforløpet tidlig. Dette funnet støtter at aktiv og passiv motstand er to kvalitativt forskjellige måter å uttrykke motstand på. Aktiv motstand står frem som en prediktor for dårligere allianse, mens passiv motstand verken predikerer allianse eller drop-out. At flere deltakere i studien viste passiv motstand enn de som viste aktiv, er kanskje ikke av så stor klinisk betydning, ettersom det er den aktive motstanden som predikerer vanskeligheter videre i terapi. Det vil derfor være ønskelig å fange opp aktiv motstand tidlig slik at tiltak kan iverksettes for å motvirke dårlig allianse, som studier har vist både kan predikere utfall og drop-out.

### 4.3.3 Aktiv motstand og drop-out

Selv om ingen av motstandsmålene kunne predikere drop-out, er det likevel verdt å nevne sammenhengen mellom aktiv motstand og drop-out. Resultatene i Tabell 7 viser at aktiv motstand (BIDS 1) har høyest odds ratio og således kan tolkes som den variabelen som gir det sterkeste bidraget i å predikere drop-out fra terapi. Som det fremgår av resultatene har aktiv motstand positiv betaverdi, hvilket indikerer at sammenhengen mellom variablene er slik at når aktiv motstand stiger, øker også sjansen for drop-out. Hadde resultatene vært signifikante hadde de indikert at for hver ekstra skåre på aktiv motstand blir sjansen for å droppe ut 1.5 ganger høyere enn for de som ikke viser noen aktiv motstand.

Dersom man ser nærmere på konfidensintervallene til prediktorvariablene i Tabell 7, kan man se at aktiv motstand har relativt vide konfidensintervaller (differanse = 2.52). Litteraturen hevder at man ved vide konfidensintervaller ikke kan være like sikre på at odds ratioen reflekterer det faktiske forholdet mellom variablene (Higgins, 2009). Når det gjelder aktiv motstand, som har et vidt konfidensintervall, kan vi ikke være sikre i vurderingen av sammenhengen mellom aktiv motstand og drop-out. Forholdet mellom variablene er heller ikke statistisk signifikant, noe som gjør at sammenhengen statistisk ikke kan tillegges for stor vekt.

### 4.3.4 Utvalgsstørrelse i studien og klinisk signifikans

Utvalgsstørrelsen kan spille en stor rolle i om resultater blir statistisk signifikante eller ikke (Lambert, 2013). Utvalget i denne studien ( $N = 56$ ) kan være en av årsakene til at effektstørrelsen for aktiv motstand er stor, men likevel ikke signifikant. Ved større utvalg får man lettere mer statistisk power, som kan være nødvendig for å få statistisk signifikante resultater. Konfidensintervallet påvirkes også av utvalgsstørrelse, og ved små utvalg får man større intervaller. For å få et pålitelig mål kreves det derfor trolig et større utvalg enn i denne studien.

Selv om ikke aktiv motstand statistisk signifikant predikerer drop-out kan resultatet være klinisk signifikant, slik Kazdin og Kendall (1999) beskriver at «sometimes a little can mean a lot, and vice versa». Det er teoretisk meningsfullt at variablene er knyttet til hverandre på den måten resultatene viser. De barna og ungdommene som er mer sarkastiske, uttalt negative og opposisjonelle i de første timene av terapi, vil mer trolig avslutte terapiforløpet tidligere enn

de som ikke viser denne atferden. Denne sammenhengen er interessant og et større utvalg vil kunne belyse videre om denne sammenhengen eksisterer. Dersom aktiv motstand skulle vise seg å predikere drop-out i et annet utvalg, vil det understreke viktigheten av å oppdage denne type motstand, ettersom den da både vil kunne predikere dårlig allianse og drop-out fra terapi.

## 5 Styrker og begrensninger ved studien

Denne studien har en del styrker og begrensninger som bør nevnes. Studiens styrke var det kliniske utvalget bestående av barn og unge i BUP som hadde vært utsatt for traumer. Dette ga muligheten til å undersøke hvorvidt motstand ble vist i en klinisk populasjon. Videre kunne det innhentede forskningsmaterialet brukes til å utforske sammenhengen mellom allianse og motstand, ettersom det forelå allianseskårer for utvalget mitt. Det er svært få studier som har sett på sammenhengen mellom motstand, allianse og drop-out i behandlingen av traumatiserte barn og ungdommer. Dette gjør denne studien til et viktig bidrag i å forklare tidlige terapiprosesser i behandling av barn og unge utsatt for traumer.

### 5.1.1 Bruken av BIDS som motstandsmål

BIDS skiller seg ut fra andre skalaer brukt for å måle motstand i barne- og ungdomspopulasjoner (VPPS, VNIS, CIRS; Chu & Kendall, 2004; O'Malley et al., 1983) ved at den måler observerbar atferd. Felles for de andre veletablerte skalaene synes å være at de inkluderer globale items (fiendtlig, frustrert, tilbaketrukket), som Peterson (2011) argumenterer for at gjør skalaene vanskelige å kode reliabelt. Mangelen på spørsmål som dekker observerbar atferd, samt mangelen på anerkjennelse for at det finnes ulike dimensjoner av motstand, gjør at Peterson anser andre tilgjengelige skalaer som mangelfulle. Selv om disse skalaene er utbredt brukt, er det største ankepunktet mot å anvende dem på barne- og ungdomspopulasjoner at de fleste av dem i utgangspunktet er utviklet for voksenpopulasjonen. Det at de kun er adaptert for å tilpasse barn- og ungdomsutvalg, begrenser deres bruksverdi i klinisk praksis (Peterson, 2011).

Det er vanskelig metodologisk å skille mellom pasientens og terapeutens bidrag til allianse, samt aktiv involvering i terapi (Jungbluth & Shirk, 2009). BIDS er et mål på observert atferd, og unngår dermed antakelser om de ulike deltakernes bidrag. Dette synes å være en metodologisk fordel som styrker BIDS som skala for å vurdere motstand.

BIDS kan kodes reliabelt med lydfiler, men mye nonverbal kommunikasjon ville vært mer tilgjengelig ved bruk av videofiler. Ofte kan nonverbal kommunikasjon være tydeligere enn den verbale, og muligens kunne enda flere former for motstand vært oppdaget gjennom bruk

av video. En svakhet ved studien er derfor at ingen nonverbal kommunikasjon fanges opp. BIDS er eneste tilgjengelige skala utviklet spesifikt for å vurdere grad av involvering i barne- og ungdomsterapi, og det at den i tillegg er atferdsspesifikk gjorde at skalaen ble vurdert som egnet for studien.

### 5.1.2 Validitetsvurderinger

Innsamlet data er ikke den absolutte virkelighet, men representasjoner av den. Validiteten til et mål forteller noe om hvorvidt man kan trekke gyldige slutninger om det man har valgt å undersøke (Choen, 2010). I denne oppgaven har det vært nødvendig med en grundig operasjonalisering av begrepet motstand ettersom begrepet kan tolkes ulikt, og dermed vil være av betydning for validiteten til studien. Gjennom en operasjonalisering av begrepet motstand som et konkret og målbart konstrukt opprettholdes meningsinnholdet i begrepet, noe som er med på å øke validiteten.

Den ytre validiteten til studien styrkes gjennom at deltakerne i studien er hentet fra et klinisk utvalg av barn henvist til flere forskjellige barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Videre har barna og ungdommene i studien fått den behandling som terapeuten har oppfattet som den beste i hvert tilfelle, og den kan dermed antas å representere behandling slik den foregår i virkeligheten. Dette bidrar til en ytre validitet som kan øke generaliserbarheten til andre utvalg (Bordens & Abbott, 2008).

Den indre validiteten til en studie forteller noe om hvorvidt man kan teste ut hypoteser man vil undersøke på en akseptabel måte (Bordens & Abbott, 2008). Dersom det som måles som motstand til terapi egentlig er et mål på andre variabler i studien, vil den indre validiteten være truet. Variabler som teoretisk kunne påvirket motstandsmålet kan for eksempel være depresjon, angst, eller atferdsvansker. I Petersons studie (2011) der samme motstandsskala som i denne studien ble brukt, fant man at det ikke var noen sammenheng mellom aktiv motstand og atferdsvansker, og heller ikke mellom passiv motstand og depresjon. Likevel kan man ikke være sikker på at annen påvirkning ikke kan ha ført til høye motstandsskårer, ettersom det ikke er kontrollert for psykiske problemer, symptomnivå, eller hva slags type traume barna hadde opplevd.

### 5.1.3 Reliabilitetsvurderinger

Reliabiliteten til et mål angir konsistensen, og gir indikasjon på om de samme resultatene kan oppnås dersom undersøkelsen gjentas under identiske forhold (Choen, 2010). Ettersom målet for studien var å undersøke motstand og allianse, vil en metode utviklet med formål å undersøke disse variablene være med på å øke validiteten til studien. TASC-R er et anerkjent mål for allianse i barne- og ungdomspopulasjoner, og har tidligere oppnådd høy reliabilitet, blant annet i hovedstudien denne oppgaven bygger på (Ormhaug et al., 2014).

BIDS formål er å vurdere grad av motstand i barne- og ungdomsutvalg, og fremstår dermed som et godt metodevalg. Likevel er BIDS en nyutviklet skala som foreløpig ikke er utbredt anvendt i forskning. I forkant av studien ble derfor flere grep tatt for å øke reliabiliteten til kodingen av BIDS. Jeg var i juni 2014 på seminar med en av utviklerne av BIDS-skalaen, Stephen Shirk, og på et nytt seminar med samme utvikler i april 2015. Videre fikk jeg opplæring i skalaen og kodingsinstruksjoner av to eksperter på skalaen, hvorav den ene var autorisert psykolog. Til sist ble det utført kodetrening, ved at jeg dobbeltkodet saker som tidligere var kodet av de to ekspertene.

Som et ledd i å øke reliabiliteten til kodingen, ble en av ekspertene innhentet til å kode deler av utvalget med meg. Det ble gjort et stratifisert randomisert utvalg av 10 % av terapitimene (Bordens & Abbott, 2008). De randomiserte terapitimene ble kodet av både eksperten og meg separat, før resultatene ble tolket og analysert sammen. Når to uavhengige kodere vurderer samme utvalget muliggjør det utregning av inter-rater reliabilitet. Cohens Kappa mål for enighet sier noe om grad av enighet mellom to uavhengige personer som analyserer samme materiale. Kappaskårer tar høyde for at enighet kan ha skjedd ved ren tilfeldighet og anses derfor som et konservativt mål på enighet (Bordens & Abbott, 2008). Kappa ble utregnet og enigheten ble vurdert å være betydelig ( $\kappa = .75$ ) (Fleiss et al., 2003; McHugh, 2012).

I denne studien har jeg håndtert hele datamaterialet. At kun en person skårer all data i utvalget kan medføre feilvarians i form av subjektivitet (Choen, 2010). For å minimere effektene av subjektivitet var jeg blind for terapeutenes teoretiske og kliniske bakgrunn, samt hvor lenge de hadde jobbet som terapeuter. Jeg var ikke informert om utfall i noen av sakene før de ble kodet, og var dermed blind for både drop-out, utfallskårer, og allianseskårer. Kodingen foregikk over en lengre periode, men for å øke reliabiliteten til skåringen ble kodingen utført i



samme omgivelser hver gang. Jeg satt isolert med hodetelefoner, og uten andre eksterne forstyrrelser gjennom kodingsprosessen.

Selv om grep ble tatt for å øke reliabiliteten til måleinstrumentet, er det likevel svakheter som bør nevnes. At måleinstrumentet BIDS skåres dikotomt medfører at atferd hele tiden må vurderes som enten/eller. Som ved annen forskning der mennesker er deltakere, er det vanskelig å tydelig skulle adskille ulike typer atferd, selv om det teoretisk er meningsfullt. En skalering av skalaen kunne muliggjort en bedre differensiering mellom atferder, som igjen kunne medført mer nyansert skåring av atferd. Det kunne da tydeligere fremkommet forskjeller i utvalget, som trolig fremstilles mer homogent når et dikotomt måleinstrument benyttes.

#### **5.1.4 Generaliserbarhet**

Resultatene i denne studien kan generaliseres til å gjelde en liknende gruppe barn og ungdom. En begrensning ved studien er det store overtallet av jenter representert i utvalget. Av deltakerne var 82 % jenter, noe som kan begrense studiens generaliserbarhet ovenfor gutter. Ettersom hele utvalget med alle barn og ungdommer i TAU-gruppen var utgangspunktet for studien, synes likevel denne skjeve kjønnsfordelingen å skyldes utvalgsforskjeller, og kanskje populasjonsforskjeller, heller enn forskjeller i studiens utfallsvariabler.

Videre følger det visse begrensninger i studiens generaliserbarhet da den har tatt utgangspunkt i en relativt liten gruppe traumatiserte barn og ungdom. Blant annet kan vi ikke vite om sammenhengen mellom aktiv motstand og drop-out ikke er signifikant grunnet mangel på sammenheng mellom variablene, eller som følge av lite utvalg. Ideelt ville det i en annen studie vært ønskelig med større utvalg. Rammene for en hovedoppgave er dog begrenset, og å skulle lytte til og vurdere flere enn de opprinnelige 77 terapisekvensene som var i utvalget til denne studien, ville ha vært utenfor rammebetingelsene for oppgaven.

## **5.2 Etiske betraktninger**

Alle som deltar i eksperimenter og studier har krav på å vite hva de deltar i. I studier der barn og mindreårige er involvert er det svært viktig at det blir gitt grundig informasjon om hva forskningen innebærer og hvorfor den utføres. Informert samtykke er en del av de «Etiske prinsipper for nordiske psykologer» og en del av APAs retningslinjer for forskning (Ethical

Principles of Psychologists and Code of Conduct, 2010; Etiske prinsipper for nordiske psykologer, 1998). I flere retningslinjer vektlegges den ekstra forsiktigheten som skal utvises ved bruk av barn i forskningsøyemed. Det er gjort vurderinger underveis i studien for å forhindre potensielle etiske overtredelser. Hovedstudien ble godkjent av regional etisk komite (REK), og informert samtykke ble gitt skriftlig av både omsorgspersoner og ungdommene selv før de ble inkludert i studien. Det gikk frem av samtykket hva studien innebar og hva resultatene skulle brukes til.

I studien ble det tatt grep for å begrense bruken av internett og andre offentlige medium i behandling av lydfilene med sensitiv informasjon. Pittenger (2003) vektlegger at internett i seg selv er et offentlig medium, og i sin natur problematisk i forhold til det etiske aspektet konfidensialitet. For å ytterligere øke konfidensialiteten ble lydfilene som var utgangspunktet for studien anonymiserte, og kun et identifikasjonsnummer var tilgjengelig for meg mens jeg kodet sakene. Likevel ble det i noen tilfeller nevnt navn på personer i rommet, eller stedsnavn, som ikke var anonymisert fra lydfilene. Av hensyn til deltakerne i studien har all informasjon fra lydfilene derfor blitt behandlet som sensitiv, taushetsbelagt, og oppbevart forsvarlig på kryptert minnebrikke.

## **5.3 Konklusjon og implikasjoner for videre forskning**

Resultatene fra denne oppgaven utgjør et bidrag i å undersøke tidlige terapiprosesser i behandling av traumatiserte barn og unge. Gjennom studien har jeg undersøkt sammenhengen mellom motstand og allianse, og motstand og drop-out fra terapi. Studier som denne er et viktig ledd i å kunne identifisere elementer i terapi som har sammenheng med allianse og drop-out.

Studien viser at terapeuter bør forvente at noen traumatiserte barn og unge er redde og skeptiske til terapi, noe som er forståelig i lys av forskningen på effektene traumatiske erfaringer har på barn og ungdom. Mange traumatiserte barn og unge har erfart at voksne ikke er til å stole på, eller at forferdelige traumatiserende ting kan skje. Motstanden en del traumatiserte barn og ungdom viser, spiller en rolle for den tidlige alliansen, og av forskning vet vi at alliansen videre kan predikere drop-out fra terapi (Garcia, 2002). Dette funnet viser at det som skjer tidlig i terapi spiller en rolle for hvordan terapiforløpet vil arte seg. Det er derfor

viktig at tidlig motstand legges merke til i terapi og adresseres. Jeg tenker det er viktig at terapeuter kan romme motstanden barnet viser, og det motstanden er et uttrykk for. Det er viktig at terapeuter prøver å forstå motstanden, og tilnærmer seg den på måter som viser barnet at det er forståelig ut i fra det de har erfart. Gjennom søken etter forståelse vil man trolig oppleve at motstanden har lite med barnet eller ungdommen å gjøre, og dermed klare å unngå å tillegge dem egenskaper som vanskelige eller slemme, og heller se motstanden som et uttrykk for det traumatiske de har vært i gjennom.

I denne oppgaven var det barna og ungdommene som rapporterte alliansen som ble målt. Vi vet derfor ikke så mye om hvordan tidlig motstand oppleves for terapeuten. Dersom terapeuten misliker å arbeide med barnet i terapi, synes barnet er utfordrende og vanskelig, eller begynner å tillegge barnet negative egenskaper på grunn av motstand, vil det trolig bli utfordrende å samarbeide godt om oppgaver, og å være en god støtte for barnet i terapien. Videre forskning bør derfor vurdere terapeutmålt allianse når barn og ungdom viser motstand, for å undersøke om de unges motstand fører til at terapeuten synes alliansedannelse blir vanskeligere.

Denne oppgaven viser at alliansen i time 6 predikeres av tidlig motstand. Resultatene indikerer at man i løpet av de få første timene i terapi kan identifisere de som trolig vil ha en dårligere allianse med sin terapeut lengre ut i forløpet. Flere forskere har undersøkt hva som kan bedre en allianse, og hvordan det kan implementeres i terapi (Shirk & Saiz, 1992). Det at man både kan identifisere de som har høy sjanse for dårlig allianse, og har måter å forbedre allianse på, gjør at man vil kunne ta steg for å bedre alliansen helt fra tidlig fase i terapien. Det man vet om allianse og dens effekt på drop-out og utfall av terapi, gjør dette til et viktig funn innen barneterapifeltet. De helse- og samfunnsmessige gevinstene ved at traumatiserte barn og ungdom får den behandlingen de behøver er stor. Motstand ser ut til å være en av faktorene som spiller en rolle for tidlig allianse i terapi, og god allianse kan redusere sannsynligheten for drop-out og dermed trolig øker sjansene for bedring.

Det hadde vært spennende om man i videre forskning kan undersøke hvorvidt tidlig motstand også predikerer utfall. For å undersøke om motstand er knyttet til utfall direkte, og ikke via andre medierende variabler, måtte man ha målt motstand flere ganger gjennom terapiforløpet. Gjennom en slik studie kunne man funnet om motstand vedvarer stabilt gjennom behandlingen, og kunne vurdert sammenhengen mellom motstand og diverse utfallsmål.

Videre kunne det vært interessant å undersøke hvorvidt forskjellene mellom denne studien og den amerikanske studien som vurderer motstand (Peterson, 2011) skyldes kulturelle forskjeller, eller om det er slik at traumatiserte barn og unge viser mer aktiv motstand enn deprimerte barn og unge. Sammenhengen mellom motstand og ulike tilstandsbilder kunne også vært nyttig å undersøke. Forskning på motstand ved bruk av BIDS er foreløpig helt nytt, og mer forskning der skalaen brukes er nødvendig.

Terapi med traumatiserte barn og unge kan være utfordrende. Likevel viser studien at de fleste barn ikke viser motstand. Mange barn og unge møter ofte terapeuten med håp og tillitt, og samarbeider om vanskelige oppgaver. Flere studier viser at traumatiserte unge kan få god hjelp i terapi, og at de gjennom god behandling kan bearbeide sine traumatiske erfaringer.

# Litteraturliste

- Accomazzo, S., Israel, N., & Romney, S. (2015). Resources, exposure to trauma, and the behavioral health of youth receiving public system services. *Journal of Child and Family Studies*. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-015-0121-y>
- Accurso, E. C., Hawley, K. M., & Garland, A. F. (2013). Psychometric Properties of the Therapeutic Alliance Scale for Caregivers and Parents. *Psychological assessment*, 25(1), 244-252. doi: 10.1037/a0030551
- Arbeidsdepartementet., Helse- og Omsorgsdepartementet (2013). *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse*. Særtrykk.
- Bordens, K. S., & Abbott, B. B. (2008). *Research design and methods : a process approach* (7. utg.). New York, N.Y: McGraw-Hill Higher Education.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., Braunwald, K., & Parke, R. D. (1989). Disorganized/Disoriented Attachment Relationships in Maltreated Infants. *Developmental Psychology*, 25(4), 525-531. doi: 10.1037/0012-1649.25.4.525
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 271-279. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.271
- Castro-Blanco, D., & Karver, M. S. (2010). *Elusive alliance: Treatment engagement strategies with high-risk adolescents*: American Psychological Association.
- Choen, R. J. Swerdlik., M. E. (2010). *Psychological Testing and Assessment, an introduction to tests & measurement* (7 utg.): McGraw-Hill.
- Chu, B. C., & Kendall, P. C. (2004). Positive Association of Child Involvement and Treatment Outcome Within a Manual-Based Cognitive-Behavioral Treatment for Children With Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 821-829. doi: 10.1037/0022-006X.72.5.821
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577-584. doi: 10.1001/archpsyc.64.5.577

- Creed, T. A., & Kendall, P. C. (2005). Therapist alliance-building behavior within a cognitive-behavioral treatment for anxiety in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 498-505. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.498
- DiGiuseppe, R., Linscott, J., & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child—adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology*, 5(2), 85-100. doi: 10.1016/S0962-1849(96)80002-3
- Dittmann, I., & Jensen, T. K. (2014). Giving a voice to traumatized youth—Experiences with Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Child Abuse & Neglect*, 38(7), 1221-1230. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.11.008>
- Eltz, M. J., Shirk, S. R., & Sarlin, N. (1995). Alliance formation and treatment outcome among maltreated adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 19(4), 419-431. doi: 10.1016/0145-2134(95)00008-V
- Engle, D., & Arkowitz, H. (2008). Viewing Resistance as Ambivalence; Integrative Strategies for Working with Resistant Ambivalence. *The Journal of Humanistic Psychology*, 48(3), 389.
- Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. (2010). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*.
- Etiske prinsipper for nordiske psykologer. (1998). *Etiske prinsipper for nordiske psykologer fra Norsk Psykologforenings Landsmøte*, .
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. doi: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS, and sex and drugs and rock 'n' roll* (3 utg.). London: SAGE.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Dev Psychopathol*, 19(1), 149-166. doi: 10.1017/S0954579407070083
- Fjermestad, K. W. (2011). Terapeutisk allianse i kognitiv atferdsterapi med barn og ungdom. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(1).
- Fleiss, J. L., Levin, B., & Paik, M. C. (2003). *Statistical Methods for Rates and Proportions* (3 utg.): John Wiley & Sons, Inc.

- Foa, E. B., Johnson, K. M., Feeny, N. C., & Treadwell, K. R. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A Preliminary Examination of its Psychometric Properties. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 30(3), 376-384. doi: 10.1207/S15374424JCCP3003\_9
- Freud, A. (1946). *The psycho-analytical treatment of children*. Oxford, England: Imago Publishing Co.
- Garcia, J. A., & Weisz, J. R. (2002). When youth mental health care stops: Therapeutic relationship problems and other reasons for ending therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 439-443. doi: 10.1037/0022-006X.70.2.439
- Gerson, R., & Rappaport, N. (2013). Traumatic Stress and Posttraumatic Stress Disorder in Youth: Recent Research Findings on Clinical Impact, Assessment, and Treatment. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 137-143. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.018>
- Gopalan, G., Goldstein, L., Klingenstein, K., Sicher, C., Blake, C., & McKay, M. M. (2010). Engaging families into child mental health treatment: updates and special considerations. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 19(3), 182.
- Greenwald, R. (2000). A trauma-focused individual therapy approach for adolescents with conduct disorder. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44(2), 146-163.
- Harpaz-Rotem, I., Leslie, D., & Rosenheck, R. A. (2004). Treatment retention among children entering a new episode of mental health care. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 55(9), 1022.
- Haugerud, R. R. (2012). *Tiltro og forventninger som endringsfaktorer i kognitivatferdsterapi; en kvantitativ undersøkelse av 21 barn og unge med obsessive compulsive disorder*. (can. psychol), Universitetet i Oslo, Oslo.
- Hawley, K. M., Weisz, J. R., & Peterson, L. (2003). Child, Parent, and Therapist (Dis)Agreement on Target Problems in Outpatient Therapy: The Therapist's Dilemma and Its Implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 62-70. doi: 10.1037/0022-006X.71.1.62
- Higgins, J. G., Sally. (2009). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*: Wiley.

- Holmes, D. S., Urie, R. G., & Maher, B. A. (1975). Effects of preparing children for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(3), 311-318. doi: 10.1037/h0076735
- Holt, T., Jensen, T. K., & Wentzel-Larsen, T. (2014). The change and the mediating role of parental emotional reactions and depression in the treatment of traumatized youth: results from a randomized controlled study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(11).
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free press.
- Jensen, M. B. (2015). *Motstand - En diskusjon av fenomenet, konseptualiseringen og paradokset*. (cand. psychol.), Universitetet i Oslo.
- Jensen, T. K. (2011). Posttraumatisk stress hos barn og unge – forståelse og prinsipper for behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(1), 57-63.
- Jensen, T. K., Haavind, H., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S., & Tjersland, O. A. (2010). What Constitutes a Good Working Alliance in Therapy with Children That May Have Been Sexually Abused? (Vol. 9, s. 461-478).
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., Wentzel-Larsen, T. (2014). A Randomized Effectiveness Study Comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy With Therapy as Usual for Youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43(3), 356-369. doi: 10.1080/15374416.2013.822307
- Jungbluth, N. J., & Shirk, S. R. (2009). Therapist Strategies for Building Involvement in Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Depression. I Annette M. La Greca (Red.), (Vol. 77, s. 1179-1184).
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 50-65. doi: 10.1016/j.cpr.2005.09.001
- Kazdin, A. E., & Kendall, P. C. (1999). The Meanings and Measurement of Clinical Significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 332-339. doi: 10.1037/0022-006X.67.3.332
- Kearney, C. A., Wechsler, A., Kaur, H., & Lemos-Miller, A. (2010). Posttraumatic Stress Disorder in Maltreated Youth: A Review of Contemporary Research and Thought.



- Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(1), 46-76. doi: 10.1007/s10567-009-0061-4
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed. utg.). Hoboken, N.J: Wiley.
- Lau, A. S., & Weisz, J. R. (2003). Reported Maltreatment Among Clinic-Referred Children: Implications for Presenting Problems, Treatment Attrition, and Long-Term Outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(11), 1327-1334. doi: 10.1097/01.CHI.0000085754.71002.14
- Lynch, M., & Cicchetti, D. (1991). Patterns of relatedness in maltreated and nonmaltreated children: Connections among multiple representational models. *Dev Psychopathol*, 3(2), 207-226. doi: 10.1017/S0954579400005241
- McGloin, J. M., & Widom, C. S. (2001). Resilience among abused and neglected children grown up. *Development and Psychopathology*, 13(04), 1021-1038. doi: doi:null
- McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochemia Medica*, 22(3), 276-282.
- McLeod, B. D., & Weisz, J. R. (2010). The Therapy Process Observational Coding System for Child Psychotherapy Strategies Scale. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(3), 436-443. doi: 10.1080/15374411003691750
- McPherson, P., Scribano, P., & Stevens, J. (2012). Barriers to Successful Treatment Completion in Child Sexual Abuse Survivors. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(1), 23-39. doi: 10.1177/0886260511416466
- Miller, L. M., Southam-Gerow, M. A., & Allin, R. B., Jr. (2008). Who Stays in Treatment? Child and Family Predictors of Youth Client Retention in a Public Mental Health Agency. *Child & Youth Care Forum*, 37(4), 153-170. doi: 10.1007/s10566-008-90582
- Mossige, S., & Stefansen, K. (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge : en selvrapporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole* (Vol. 20/2007). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress. (2008). Behandling av traumatiserte barn og unge, TF-CBT. Lastet ned 15.06.2015, fra <http://www.nkvts.no/fu/Sider/ProsjektInfo.aspx?prosjektid=1173>
- O'Malley, S. S., Suh, C. S., & Strupp, H. H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of*

*Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 581-586. doi: 10.1037/0022-006X.51.4.581

- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzky, U. (2004). Fifty years of process-outcome research: Continuity and change. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. utg.). New York: Wiley.
- Ormhaug, S. M. (2015). *The therapeutic alliance in the treatment of traumatized youths; Relationship to outcome and dropout across rater perspectives and therapeutic interventions*. (PhD), University of Oslo.
- Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (til vurdering). Understanding dropout in the treatment of traumatized youth: Pre-treatment, treatment, and first-session process variables.
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Hukkelberg, S. S., & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn - blir de gjemt eller glemt? ; kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., & Shirk, S. R. (2014). The Therapeutic Alliance in Treatment of Traumatized Youths: Relation to Outcome in a Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 52-64. doi: 10.1037/a0033884
- Ormhaug, S. M., Shirk, S. R., & Wentzel-Larsen, T. (2015). Therapist and client perspectives on the alliance in the treatment of traumatized adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(27705).
- Pallant, J. (2010). *SPSS Survival Manual; A step by step guide to data analysis using the SPSS program* (4th edition utg.). Berkshire, England: McGraw-Hill Education.
- Peterson, E. (2011). *Behavioral Indicators of Disengagement: Relationship to Pre-treatment Characteristics and Prediction of Outcome in CBT for Adolescents with Depression*. (Masters), University of Denver, Denver.
- Pittenger, D. (2003). Internet research: An opportunity to visit classic ethical problems in behavioral research. *Ethics and Behavior*, 13, 45-60.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. doi: 10.1037/h0045357
- Saxe, G. N., Heidi Ellis, B., Fogler, J., & Navalta, C. P. (2012). Innovations in Practice: Preliminary evidence for effective family engagement in treatment for child traumatic stress—trauma systems therapy approach to preventing dropout. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(1), 58-61. doi: 10.1111/j.1475-3588.2011.00626.x

- Shirk, S. R. (1988). The interpersonal legacy of physical abuse of children. I M. B. Straus (Red.), *Abuse and victimization across the life span*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 452-464. doi: 10.1037/0022-006X.71.3.452
- Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). The Alliance in Child and Adolescent Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 17-24. doi: 10.1037/a0022181
- Shirk, S. R., & Saiz, C. C. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology*, 4(04), 713-728. doi: doi:10.1017/S0954579400004946
- Stevens, J. (2002). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (4. utg.). Mahwah, N.J: Erlbaum.
- Stringer, J. V., Levitt, H. M., Berman, J. S., & Mathews, S. S. (2010). A study of silent disengagement and distressing emotion in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 20(5), 495-510. doi: 10.1080/10503301003754515
- Tryon, G., & Winograd, G. (2011). Goal Consensus and Collaboration. *Psychotherapy*, 48(1), 50-57. doi: 10.1037/a0022061

# Vedlegg 1

## Behavioral Indicators of Disengagement Scale—Behavioral Examples

### Item 1:

Negativity/Oppositional attitude towards therapist or unwillingness or reluctance to cooperate with therapist's suggestions, comments, or interventions.

This could be in response to a therapy related task or in regards to a comment about an event outside of the therapy session.

\*\*This item includes hostile comments, sarcasm, or direct insult.

### Behavioral Examples:

- a) Teen was reluctant to sign confidentiality agreement—Teen was concerned that if she told therapist about skipping class, for example, the therapist would tell her parents.
- b) Therapist introduces a 'counting colors' activity and client says, "I don't like counting."
- c) Therapist asks client to try to some mindfulness exercises and client says, "These are stupid."
- d) Coming up with barriers to homework completion or excuses for not completing homework.
- e) Client says to therapist "You're crazy," or "You're annoying."
- f) Therapist asked why she was in therapy and adolescent said, "To get out of class."
- g) Client says "I'm tired."
- h) Client says "I'm bored."
- i) Client says, "I don't think I should be in therapy," or "Therapy isn't going to help me."
- j) Client complains about previous therapy or speaks about previous therapy experience in a negative way.

### Item 2:

Lack of verbal elaboration; Therapist must pull for information.

(i.e) Therapist asks an open-ended question and client responds with one word response or short utterance.

<b>Behavioral Examples:</b>
-----------------------------

a) Teen reported that she had been feeling sad since November. Therapist asked what happened in November and teen replied, "Something bad."

b) Therapist talked about when sad feelings turn into depression and asks if teen is at that point. Teen says, "I don't know."

c) Therapist asks, "What would you like to get out of therapy?" Teen answers, "Feel better."

d) Therapist asked multiple questions in a row to understand an issue because teen is not providing information.

e) Therapist asked a series of questions and client kept saying "sometimes," and nothing else.

f) Therapist asked "What can hold your attention for a long time?" Teen answered, "Nothing."

g) If client has been elaborating previously and then provides a short response or confirmation to question.

h) Period of no response at all to questions or comments from therapist.

i) Does not verbally respond to a direct question.

j) Therapist is driving the session—teen is not providing any information on his/her own. Just responding to questions from therapist.

# Vedlegg 2

## Behavioral Indicators of Disengagement Coding System

ID: \_\_\_\_\_

Coder: \_\_\_\_\_

**Instructions:** During each three minute segment, place an 'x' in the cells that correspond to behavioral indicators that are displayed by the client.

Item	3:00	6:00	9:00	12:00	15:00	Total
1. Negativity/Oppositional attitude towards therapist or unwillingness or reluctance to cooperate with therapist's suggestions, comments, or interventions.						
2. Lack of verbal elaboration; Therapist must pull for information.						
Total:						
Segment Total:						

# Vedlegg 3

Nasjonalt kunnskapssenter

om vold og traumatisk stress

## TASC-r (Barn- terapeut)

\_\_\_\_\_

Barnets navn

\_\_\_\_\_

Dato

Nå kommer noen setninger som handler om timene som du har hatt med terapeuten din. Etter at jeg har lest hver setning vil jeg gjerne at du skal si hvor mye du synes at det passer for deg.

Nå leser vi spørsmålene og så setter du ring rundt det svaret du synes passer best.

Først kan vi prøve på et eksempel.

### **Jeg spiller spill med terapeuten min når vi treffes**

Vil du si at dette stemmer for deg:

1	2	3	4
Ikke i det hele tatt	Litt	Ofte	Mye

Sjekk ut barnets respons: Hva er det som får deg til å synes det?

Her er resten av spørsmålene, og jeg vil at du skal tenke på hvordan du har det med terapeuten din nå. Svar sånn som du selv synes og husk at det ikke er noen svar som er riktige eller gale. Terapeuten din vil ikke få se hva du har svart.

### **1. Jeg liker å bruke tid sammen med terapeuten min.**

Vil du si at det passer for deg

1	2	3	4
Stemmer ikke i det hele tatt	Stemmer litt	Stemmer for det meste	Stemmer hele tiden

### **2. Jeg synes det er vanskelig å jobbe sammen med terapeuten min for å løse problemer i livet mitt.**

1	2	3	4
Stemmer ikke i det hele tatt	Stemmer litt	Stemmer for det meste	Stemmer hele tiden

VENNLIGST SNU ARKET

**3. Jeg føler at terapeuten min er på min side og prøver å hjelpe meg.**

1	2	3	4
Stemmer ikke i det hele tatt	Stemmer litt	Stemmer for det meste	Stemmer hele tiden

**4. Jeg jobber sammen med terapeuten min for å løse problemene mine.**

1	2	3	4
Stemmer ikke i det hele tatt	Stemmer litt	Stemmer for det meste	Stemmer hele tiden

**5. Når jeg er sammen med terapeuten min vil jeg at timen skal slutte fort.**

1	2	3	4
Stemmer ikke i det hele tatt	Stemmer litt	Stemmer for det meste	Stemmer hele tiden

**6. Jeg gleder meg til å treffe terapeuten min.**

1	2	3	4
Stemmer ikke i det hele tatt	Stemmer litt	Stemmer for det meste	Stemmer hele tiden

**7. Jeg synes at terapeuten min bruker for mye tid på å jobbe med problemene mine.**

1	2	3	4
Stemmer ikke i det hele tatt	Stemmer litt	Stemmer for det meste	Stemmer hele tiden

**8. Jeg vil heller gjøre andre ting enn å møte terapeuten min.**

1	2	3	4
Stemmer ikke i det hele tatt	Stemmer litt	Stemmer for det meste	Stemmer hele tiden

**9. Jeg bruker tiden sammen med terapeuten min til å gjøre forandringer i livet mitt.**

1	2	3	4
Stemmer ikke i det hele tatt	Stemmer litt	Stemmer for det meste	Stemmer hele tiden

VENNLIGST SE NESTE SIDE



**10. Jeg liker terapeuten min.**

1	2	3	4
Stemmer ikke i det hele tatt	Stemmer litt	Stemmer for det meste	Stemmer hele tiden

**11. Jeg vil helst slippe å jobbe med problemene mine sammen med terapeuten min.**

1	2	3	4
Stemmer ikke i det hele tatt	Stemmer litt	Stemmer for det meste	Stemmer hele tiden

**12. Jeg synes at terapeuten min og jeg jobber bra sammen for å gjøre noe med problemene mine.**

1	2	3	4
Stemmer ikke i det hele tatt	Stemmer litt	Stemmer for det meste	Stemmer hele tiden